

ANUARIO DE PSICOLOXÍA E SAÚDE

Nº/ **17**

Revista Oficial da
Sección de Psicoloxía e Saúde do COPG
EDICIÓN BILINGÜE

GALICIA MÁXICA

DOENZAS

RITOS

CONTOS

CURANDEIROS

Nº17

REVISTA OFICIAL DA SECCIÓN DE PSICOLOXÍA E SAÚDE DO COPG

CONSELLO EDITORIAL

Xacobe Abel Fernández García / Presidente

Paula Marcos Carregal / Vicepresidenta

María Villarino González / Secretaria

Eduardo Martínez Lamosa / Tesoureiro

Paula Cid Gutiérrez / Vogal

María Salomé Botana Martínez / Vogal

Isabel Figueroa Matallín / Vogal

Marta Millares Otero /Vogal

CONSELLO DE REDACCIÓN

M^a Gabriela Domínguez Martínez / Directora
PSICÓLOGA CLÍNICA. PRÁCTICA PRIVADA EN PONTEVEDRA

Noelia Pita Fernández
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE FERROL

Paula Rodríguez Vázquez
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE VIGO

Laura Sotelo Estévez
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE PONTEVEDRA – O SALNÉS

Aislinn García Hermo
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DA CORUÑA E CEE

anuario@copgalicia.gal

EDITA

Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia
Espíñeira, 10 baixo
15706 Santiago de Compostela

T. 981 534 049 | Fax. 981 534 983

www.copgalicia.gal | copgalicia@copgalicia.gal

DESEÑO E MAQUETACIÓN – Laura de Cibreiro

IMAXE DE PORTADA – Raymond Petrik / Pexels

ISSN: 2444-6653

Revista indexada en Latindex
<https://www.latindex.org/latindex/ficha/22303>

latindex

Novembro, 2024

Depósito Legal: C 1615-2019
<https://copgalicia.gal/secciones/psicologia-e-saude/publicacions>

O Consello Editorial e o Consello de Redacción non se fan responsables das opinións verquidas nos artigos publicados

As opinións expresadas na Presentación son responsabilidade do Consello de Redacción

APUNTAMENTO

A preferencia de idioma no orixinal de cada artigo foi determinada polo/a seu/súa autor/a, coa tradución do Consello de Redacción e revisión do COPG

SUMARIO

04	PRESENTACIÓN
	M ^a Gabriela Domínguez Martínez
06	DOENZAS / MALES DA CABEZA: NOTAS SOBRE DENOMINACIÓNS, CAUSAS, SÍNTOMAS E REMEDIOS SEGUNDO A MEDICINA POPULAR TRADICIONAL GALEGA
	Antonio Reigosa Carreiras
28	RITOS / TRANSFORMACIÓNS DA RITUALÍSTICA FUNERARIA NA GALICIA CONTEMPORÁNEA
	Rafael Quintía Pereira
50	CONTOS / CRECER CON CONTOS: O IMPACTO DAS HISTORIAS NO DESENVOLVEMENTO INFANTIL.
	María Ángeles Goás Amado
60	FERRAMENTAS — CURANDEIROS / PSICÓLOGOS E OUTROS MENCINEIROS
	Jorge García Fernández
	ANUARIO ABERTO
76	CASO 1 / (RE)TOMANDO O RUMBO: ABORDAXE DUN CASO CLÍNICO A TRAVÉS DA TERAPIA NARRATIVA – Lucía Díaz Riola + Melania Beceiro Rico
90	CASO 2 / AVALIACIÓN NEUROPSICOLÓXICA DUNHA SÍNDROME AMNÉSICA TRANSITORIA RECORRENTE – Anxo Fernández Villar + Cristina García Díez + Nora Suárez Fuentes + Jennifer Cabaleiro Suárez + Uxía Martínez Hervés + Beatriz Fernández Malvido
102	CASO 3 / ATENCIÓN PSICOLÓXICA AO FINAL DA VIDA NO CONTEXTO DO COVID-19 – Ana Amado Mera
110	PÓSTER / GRUPOS DÓ PERINATAL
	Andrea Navarro Marcos + Marta Yáñez Vicente + Andrea Puime Pérez + Ana Asunción Canle de Andrés + Fátima Álvarez Martínez

*Son enfermos, unos del cuerpo,
otros del alma, que vienen
a curarse con exorcismos y
oraciones ya que la medicina no
puede hacer el milagro de aliviar
males que no tienen remedio ni
suprimir la inevitable muerte,
herencia de los mortales.*

Rosalía de Castro, *El primer loco*
[1881]

Moitas veces o tema que escollemos para o *Anuario* foi pensado hai tempo, como propostas anteriores que foron rexeitadas. Como se se tratara dunha historia, hai personaxes que saen ao principio pero cobran protagonismo máis adiante. Non sabemos se, como o bo viño, esta idea tiña que madurar ou se foi o seu predecesor, o *Anuario dos Inicios*, quen a fixo amosar; pero escollemos reflexionar sobre as orixes. Ben podería ser este, Orixes, o título do *Anuario*, pero na terra das meigas, e sendo cinco bruxas no equipo, a maxia e a poesía son a nosa pegada, así que seguimos co simbolismo, co realismo máxico da nosa terra, da Galicia Máxica.

Probablemente este sexa un dos *Anuarios* máis fermosos, fermoso porque o fio condutor é a nosa terra, Galicia, coa súa historia e historias. É fermoso polo contido e fermoso polas imaxes. É fermoso por bonito e porque nos conecta coas nosas raíces.

Galicia é maxia, é historia e memoria. Cada un de nós creamos a nosa propia trama, embebidos da historia e memoria colectiva, que nos atravesa, que nos constitúe, que nos dá identidade. Ao final da vida, o que deixamos son historias e vivimos en historias, polo que coñecemos e non soterralas, axuda a entender o que nos ocorre.

Quizais na época da tecnoloxía, dos avances, da profesionalización do todo, da patoloxización da vida, da individualidade fronte á comunidade se convida á desmemoria; nós queremos evitalo e recordar e contar. E facémolo con artigos, artigos que enganchan e fan sorrir, artigos que nos conectan entre nós e nos levan ao importante. E como se de fadas se tratara, entre os propios articulistas cítanse.

Abrimos o *Anuario* cun artigo de Antonio Reigosa, escritor, investigador e divulgador da cultura popular tradicional galega. Co seu artigo *Males da cabeza: notas sobre denominacións, causas, síntomas e remedios segundo a medicina popular tradicional galega*, trata de derrubar barreiras de desentendemento entre o mundo tradicional

PRESENTACIÓN

M^a Gabriela Domínguez Martínez

Directora do Consello de Redacción

Psicóloga Clínica

Práctica privada en Pontevedra

gabriela.dominguezmartinez@gmail.com

SUMARIO
CASTELÁN

e o científico. Fala das enfermidades ou doenzas, da orixe sociocultural das mesmas, como aspecto importante a reflexionar, e o medo e a culpa que sempre están detrás. E faino describindo os males de ollo, do aire, das sombras, o corpo aberto, o ramo cativo, o corpo santo, os curandeiros...narrando as explicacións que se daban aos males da cabeza, onde o poder curador non depende só do que sabe, senón tamén dun ente superior e da comunidade.

A influencia e peso da tradición está en todas partes, non se libra nin a morte. No seguinte artigo, Rafael Quintúa, antropólogo, fala da *Transformacións da ritualística funeraria na Galicia contemporánea*; reflexiona sobre como cambiou o ritual e xestión do tronso da morte na cultura e na sociedade galega. De como a morte mudou do colectivo ao individual, da vivencia do dó e a morte en soidade hoxe en día fronte á socialización da dor que imperaba nas sociedades rurais. Curioso, a sociedade na que todo se fai público pero se leva en privado a morte, incluso se nega e se reprimen os sentimentos asociados e os tempos para sentir, pasando de ser considerada unha realidade irremediable a vivir coma se a morte non existise, mais sempre está aí.

E da morte pasamos á vida, ás crianzas e aos contos. Ángeles Goás, mestra e contadora de contos, reflexiona sobre a importancia de recuperar o contar e a tradición oral nas familias co seu artigo *Infancia e fantasía: o poder transformador dos contos e o seu impacto no desenvolvemento*. Cunha lectura amena, introduce a cultura da narrativa oral e as bondades e beneficios de contar contos á infancia, no marco da Galicia dos nosos devanceiros. Contar é compartir, prestar atención, pararse e estreitar lazos. Tamén fai reflexión e crítica sobre a rapidez, produtividade e «profesionalización» nos nosos tempos, onde, a pesar do mundo conectado, se perden as conexións interpersoais mais

íntimas; e onde o conto trata de «profesionalizarse», perdendo a súa verdadeira esencia.

E de contos tamén sabemos os psicólogos, pois escoitamos historias e axudamos a reelaborar relatos. E cos *Psicólogos e outros menciñeiros*, do apartado de ferramentas, pechamos este ciclo de historias con este artigo do psicólogo clínico Jorge García. Cunha escritura dinámica e clara, e a través dunha viñeta clínica que a acompaña, fala sobre o noso facer en terapia como escoitadores de historias. A persoa con malestar é a que elixe o seu axente de curación e outórgalle a potestade de facelo e nisto inflúe tamén a cultura, os grupos sociais, a familia, aqueles que están preto no momento de enfermarse. Recolle puntos claves para o noso bo facer nas consultas.

Este relato pechado da Galicia Máxica deixa paso ás historias abertas do ANUARIO ABERTO, con tres artigos libres e o traballo premiado nas pasadas Xornadas da Sección de Psicoloxía e Saúde do COPG: *(Re)tomando o rumbo: abordaxe dun caso clínico a través da terapia narrativa*, de Lucía Díaz Riola e Melania Beceiro Rico; *Avaliación neuropsicolóxica dunha síndrome amnésica transitoria recorrente*, de Anxo Fernández Villar, Cristina García Díez, Nora Suárez Fuentes, Jennifer Cabaleiro Suárez, Uxía Martínez Hervés e Beatriz Fernández Malvido; *Atención psicolóxica ao final da vida no contexto do COVID-19*, de Ana Amado Mera; e *Grupos de dó perinatal* (traballo premiado) de Andrea Navarro Marcos, Marta Yáñez Vicente, Andrea Puime Pérez, Ana Asunción Canle de Andrés e Fátima Álvarez Martínez.

Esta historia chegou ao seu fin e, como cada ano, agradecer e dar os parabéns ás miñas compañeiras de equipo pola súa implicación, o seu traballo e compromiso; así como ás autoras e aos autores dos artigos, que tan ben o fixeron, e ás compañeiras do COPG.

Agardamos que vos quede un bo sabor de boca coa lectura!

DOENZAS

MALES DA CABEZA: NOTAS SOBRE DENOMINACIÓNS, CAUSAS, SÍNTOMAS E REMEDIOS SEGUNDO A MEDICINA POPULAR TRADICIONAL GALEGA

Antonio Reigosa Carreiras

Escritor, investigador e divulgador da cultura popular tradicional galega

antonioreigosa@gmail.com

www.galiciaencantada.com

COMO CITAR ESTE ARTIGO:

Reigosa, A. (2024). Males da cabeza: notas sobre denominacións, causas, síntomas e remedios segundo a medicina popular tradicional galega. *Anuario de Psicología e Saúde*, 17, pp. 6-27. <https://copgalicia.gal/seccions/psicologia-e-saude/publicacions>

SUMARIO

CASTELÁN

RESUMO

Este artigo contén, en resumo, a miña intervención no XXIII Congreso Nacional e III Internacional da Sociedad Española de Psicología Clínica ANPIR que tivo lugar na cidade da Coruña os días 18, 19 e 20 de maio de 2023.

O obxectivo que se pretendía con aquel relatorio consistía en axudar a derrubar barreiras de desentendemento entre o mundo tradicional e o científico, sistemas que viviron e viven aínda, desafortunadamente, afastados por anos luz de prexuízos e incomprensións, sexan estas léxicas, semánticas ou doutro tipo, e que están na cerna do recorrente mutuo desprezo entrambas cosmovisións, de aí que moita xente distinga, sendo as mesmas, dous tipos de doenzas: «as que non son de médico» e «as que son de médico».

PALABRAS CHAVE — Mal da cabeza, Mal de ollo, Meigallo, Posesión diabólica.

ABSTRACT

This article contains, in summary, my speech at the XXIII National and III International Congress of the Spanish Society of Clinical Psychology ANPIR, which took place in the city of A Coruña on May 18, 19 and 20, 2023.

The aim of that report was to help break down barriers of misunderstanding between the traditional world and the scientific world, systems that lived and still live, unfortunately, light-years apart from prejudices and misunderstandings, be they lexical, semantic or otherwise, and which are at the core of the recurring mutual contempt for both worldviews, hence why many people distinguish, being the same, two types of illnesses: “those that are not for a doctor” and “those that are for a doctor”.

KEY WORDS — Mental Health Issues, *Mal de ollo*, *Meigallo*, Demonic Possession.

Se dicimos mal de ollo, meigallo, ramo cativo ou posesión diabólica, corpo aberto, espiritado ou corpo santo, aire de..., sombra de..., caída da *paleilla*, do calleiro ou da espiñela só unhas poucas persoas, cada vez menos, saben ou intúen a que nos referimos.

En cambio, se dicimos ou escoitamos palabras como ansiedade, depresión, esquizofrenia, bipolaridade e aínda unha longa listaxe máis, case todo o mundo sabe que nos referimos a trastornos, fobias, disfuncións e outras alteracións da saúde mental das persoas.

O primeiro grupo correspóndese coas formas de nomear tradicionais, coas que pacientes e curandeiros distinguían uns males da cabeza doutros. O segundo, coas que psiquiatras, psicólogos e outros especialistas con formación científico-académica aplican aos mesmos ou parecidos tipos de trastornos.

Porén, se describísemos con detalle os síntomas máis comúns de todas estas enfermidades, chámense como se chamen, axiña detectaríamos unhas máis que evidentes correspondencias entre unhas e outras.

ENFERMIDADE OU DOENZA

Nunca deberamos esquecer que as enfermidades, en xeral, e as doenzas mentais de orixe psíquica, en particular, teñen orixe sociocultural e que para o seu correcto tratamento se precisa unha resposta que implica coñecer a fondo o medio social, cultural, relixioso e simbólico, así como outras circunstancias que afectan ao doente ou paciente.

Os nomes significan, representan, informan, conforman unha realidade. En certa ocasión preguntáronlle a unha muller se cría na existencia do mal de ollo. E ela respondeu: *«Se ten nome, algo habrá! Se ten nome, existe! Todo o que se nomea, existe, evidentemente!»*

Aínda que usarei indistintamente os termos «enfermidade» e «doenza» como sinónimos,

convén aclarar que hai expertos neste tipo de males que establecen matices diferenciais entrambos. «Enfermidade» úsase como termo de uso máis común para referirse ás alteracións obxectivas e universais da saúde, mentres que «doenza» implica, ademais, a percepción cultural que se ten dese problema de saúde ou a somatización dun estrés social que se manifesta nalgún dos individuos dunha comunidade mediante síntomas de carácter cultural; ou sexa, cando o mal se expresa en función das crenzas compartidas maioritariamente polo grupo social.

O MEDO E A CULPA

En termos xerais, podemos avanzar que detrás deste tipo de doenzas, dese «estar dos nervios» que tamén se di, sempre están o medo e a culpa. O medo ao descoñecido ou incontrolable, o medo a pasar fame e aos elementos que a poden provocar (secas, temporais, imposibilidade de cultivar...), o medo que xeran conflitos, calamidades, guerras...; o medo á propia enfermidade e o medo a poderes incontrolables ou sobrenaturais, pero, por enriba de todos os outros medos, o medo maior: o medo á morte.

Desde o punto de vista relixioso, detrás de cada doenza sempre se agacha unha culpa, un pecado, o que explica a crenza de que se lle atribúan estes males a entes, espíritos, seres diabólicos ou persoas que exercen como intermediarias dos poderes do Outro Mundo. Enténdase aquí ese Outro Mundo como un espazo moral, alleo ao terreal, onde residen as divindades, os deuses e deusas, mesmo os nosos devanceiros falecidos (ánimas), aos que tamén se lles atribúen competencias para premiar ou castigar as accións dos humanos vivos.

Todos eses medos, eses sentimentos de culpa afectan decisivamente ás inquiredanzas transcendentais dos seres humanos que se poden simplificar en: preocupación pola superviven-

cia se a infertilidade das mulleres, da terra (fritos, cultivos...) e dos animais nos priva de descendencia ou alimento, ou se, tras a morte, non merecémos o acougo que nos prognostica a doutrina relixiosa.

ORIXE E TRATAMENTO

Na cultura tradicional, a doenza atribúese á acción de elementos de orde sobrenatural e moitas veces asóciase a condutas que quebran normas ou tabús, tal e como sostén o antropólogo Carmelo Lisón Tolosana. Todo isto dá sentido e explica porque os principais ritos de curación destas doenzas os constitúan, nun senso amplo, os exorcismos cerimoniais, tanto de natureza relixiosa como máxica.

Hai, pois, que asegurar a reprodución e a alimentación, e tratar de evitar ou combater as doenzas para retrasar o máis posible ese «mal sen cura» que é a morte; obxectivos para os que se describen ritos de curación moi precisos nos que se usan principalmente remedios de tipo máxico e relixioso como os amuletos e as reliquias, invocacións a deuses, virxes, santos... mediante rezos e oracións que se realizan, xeralmente, en lugares sacralizados.

Para os crentes, o poder curador, a diferenza da medicina científica, non procede só do saber da persoa que exerce esa facultade, senón dun ente superior; ou sexa, en última instancia, é Deus quen, directamente ou valéndose dos seus intermediarios (cregos, curandeiros...), restablece a saúde a quen o precisa, igual que se cre que tras do mal está o Demo ou os seus axentes (bruxas e bruxos, aolladores e, en xeral, xente malvada ou de mala fe...).

No plano social, os causantes de doenzas psíquicas soen ser persoas do común, pero marxinais (xeralmente mulleres vellas ou persoas doutras etnias) ou antisociais, ás que se atribúen condutas envexosas que poden causar males considerados moi graves como o mal de ollo. Neste caso, coa curación do doente pro-

cúrase, ademais de normalizar a súa conduta e reconducilo ao respecto polas normas de convivencia, restablecer o equilibrio social da comunidade á que pertence.

A SUXESTIÓN

Entre as causas que orixinan estas doenzas está moitas veces a suxestión, que podemos definir como un proceso psicolóxico que fai que unha persoa responda inconscientemente ás influencias doutras, sexan estas verbais, xestuais, visuais ou a través de calquera dos sentidos. A suxestión mental xoga un papel moi importante no noso comportamento individual e colectivo, influencia cuxa detección e proceso de curación forma parte do sistema cultural. Para exemplificar estas situacións, abonda citar a capacidade que se lles atribúe a algunhas persoas para fadar (dispoñer o destino dunha persoa), malmirar, maldicir ou emanar aires, sombras... con consecuencias xeralmente nefastas para quen padece os seus efectos.

Esa solución cultural á que aludimos implica a participación activa do grupo social do que forma parte o doente e os diferentes especialistas ou curandeiros. O curador coñece ou trata de saber a orixe do mal e quen o causa. Identifica cun nome concreto para, finalmente, aplicar o tratamento idóneo, que debe ser o disposto e acaído para esa precisa doenza.

DOENZAS

Deixamos escrito que o nome significa e que o contexto cultural, social e relixioso define ese significado; por iso é importante coñecer a denominación que o doente e a comunidade social da que forma parte usan para o mal que padece.

Nas próximas páxinas imos describir sucintamente algunhas destas doenzas, entre elas as máis coñecidas como son o mal de ollo, algúns

aires e sombras, o corpo aberto, o corpo santo ou espiritado, o meigallo ou ramo cativo, o enganido ou tangaraño, a caída da paletilla... Tamén comentaremos algúns ritos e deixaremos algunhas notas sobre algúns dos especialistas na curación como poden ser os pastequeiros, saudadores, talladores, sabios e sabias. A esta listaxe poderíamos engadir outras moitas doenzas como poden ser os casos de licantropía que derivaron en coñecidos relatos de homes ou mulleres que cren transformarse en lobos, lobas, peeiras, corredores, lobos da xente ou outros animais, apartado este que por si só xa precisaría dunha boa presada de páxinas para desenvolve-lo minimamente.

MAL DE OLLO

Esta doenza, ademais da denominación máis estendida, recibe moitos outros nomes. Poñamos aquí algúns de exemplo: aollamento, dada, frida de ollo, mal de envexa, mal de ollada, mala fada, mirada ediversa, ollado... e aínda poderíamos engadir algúns máis, segundo a zona xeográfica.

O mal de ollo pódeno padecer tanto persoas como animais. As sintomatoloxías máis comúns son, en persoas, a debilidade física, decaemento de ánimo, falta de apetito, tristeza e desgana por vivir. Ademais, tamén pode atribuírsele esa orixe á perda de bens, ou contratempos como accidentes, enfrontamentos con familiares ou coñecidos. Pode ser a causa de que se malogren as colleitas ou de que morran os nosos animais e mesmo a persoa afectada. Cando estes síntomas se dan en criaturas, nenos ou nenas, recibe os nomes de enganido ou tangaraño.

Cando afecta a algún animal doméstico, o animal comeza a ter comportamentos estranhos. De repente, deixa de comer ou de andar, ou négase a pasar por diante dalgunha persoa ou casa, xeralmente relacionada con quen lle causou o mal. As vacas ou as cochas deixan

de dar leite ou dano sanguento e, por tanto, inservible para o consumo humano ou para as súas crías.

Como norma xeral, o mal de ollo atribúese á envexa, ese ruín sentimento tan humano e estendido, e á capacidade ou forza que se cre que teñen na vista algunhas persoas (aolladores) para causar, voluntaria ou involuntariamente, o mal, sexa noutras persoas, nos animais, nas plantas ou, incluso, nos obxectos que posuímos.

Os aolladores poden ser de dous tipos: os que o causan o mal á mantenta (bruxas, bruxos, vellas, ...) e os que o causan sen podelo evitar por seren vítimas dun fado (sino, destino) que os forza ou obriga a causalo. Estes aolladores involuntarios para evitar causar dano teñen que tomar medidas preventivas como non mirar directamente aos ollos da xente ou usar lentes con cristais dobres e escuros. Segundo Vicente Risco (Risco, 1979), tanto as persoas que causan mal de ollo voluntariamente como as que o causan sen querer, teñen a mirada írtiga (fixa) e cristalina. Ás veces tamén se di que a teñen torta.

Para a prevención do mal de ollo, a nosa ciencia tradicional achega unha listaxe inmensa de remedios, entre os que destaca o uso de amuletos (obxectos de poder) como os ollomaos (cerre da cuncha dun molusco múrice), levar no peto castañas de indias e allos ou poñer nas portas das cortes e casas cornos ou dentes de distintos animais. Recoméndase usar figas, especialmente as fabricadas con acibeche compostelán, ou facer o xesto que a imita coa man. Tamén se pode facer o xesto chamado «cornamán» (imitar a figura duns cornos cos dedos da man).

Entre os obxectos protectores de orixe relixiosa están os escapularios, medallas, cruces e os «escritos» (impresos con textos dos evanxeos escritos en latín). As pedras de ara ou de altar, especialmente as procedentes da Porta Santa da catedral de Santiago, son tamén moi efectivas.



En xeral, recoméndase desconfiar de quen nos eloxia en exceso sen vir a conto e non mirar directamente aos ollos das persoas sospeitosas de seren aolladores. Aos homes adultos recomendáselles pasar a pucha por entre as pernas tres veces, de diante para atrás, á altura dos xenitais. Para protexer a todo o mundo desde o nacemento hai que bañar as criaturas con auga onde se bote unha moeda de prata ou cobre mentres se di: *«Coa auga do cu / lávoche a cara / para que Dios che quite / a mala fada»*.

Para a diagnose, hai varios procedementos. Segundo Mariño (1985/1986) un consiste en botar unhas gotas de aceite en auga ou outro líquido; se o aceite desaparece, non padeecemos mal de ollo; pero, se non desaparece ou forma «ollos», si.

Cando a vaca ou outra femia animal deita leite sanguento hai que botar este leite na lareira ou no forno quente e ao ferver rapalo cun res-trelo de ferro para que se vaia aclarando, e así clarea o leite no ubre do animal.

Para completar estas breves notas sobre o mal de ollo na cultura galega, diagnose, preven-

ción, curación e outros aspectos, recomenda-mos a lectura do documentado estudo sobre esta doenza da autoría do antropólogo Rafael Quintía Pereira (Quintía, 2022).

MAL DE AIRE

Aínda que a listaxe de doenzas que se atribúen a moi diferentes «aires» é enorme, poderíamos dividilas en dous grupos: as que teñen orixe en aires comúns e as que o teñen en aires emanados, procedentes ou con orixe en persoas, animais, obxectos, astros ou lugares.

As que se atribúen a aires comúns derivan da crenza de que nalgúns aires ou ventos que reciben moi diferentes nomes (ruíns, soáns, lurpios, cativos, coados...) viven seres con capacidade de danar a persoas, animais ou plantas, e que mediante airexas, correntes ou remuíños son quen de provocar temporais, treboadas, secas, andazos, rompen cristais, causan accidentes, malogran colleitas e, en definitiva, doenzas e mortes.

Mentres que algúns aires non se sabe de onde proceden, outros dise que nacen en montes ou penedos concretos como na cova do Pico Sacro (Boqueixón), o Penido da Capelada, en Teixido (Cedeira) ou nun seixo crebado existente no pozo de San Xoán da Cova (río Ulla). A maioría destes ventos son considerados perigosos, causantes de moitos males, pero tamén hai algún como o que corre na Serra da Capelada que disque empreña as eguas, clara evocación do clásico Bóreas; se fose preciso esconxuralo, abundaría con debuxar unha cruz cos dedos.

O mal de aire producido polos aires emanados, emitidos ou desprendidos, causa doenzas con moita variedade de síntomas (dores de todo tipo, problemas dixestivos, inapetencia, fatiga, afeccións na pel, etc.) e reciben infinidade de nomes que varían dependendo de se foron os causantes animais, persoas (vivas, mortas ou noutros estados), obxectos, astros e mesmo lugares.

Entre os aires con orixe animal podemos distinguir, entre outros, o de becho, limaco, cobra (cobriña, mal do cobral), vacaloura, carracha, pita, lagarta, lagarto, salamántiga, pinchorra ou zaramela (pozoña), sapo (coxo ou goxo), toupa (mal da toupa), raposa, araña, alacrán, gato (gata á xaneira, gata preñada, gata parida), mosca, rata, boi, vaca, etc.

Naturalmente, hai máis causantes e teñen moitas máis denominacións locais. Entre os aires causados por persoas vivas dáse tamén unha enorme variedade, segundo a quen se lle atribúa. Se é de muller (preñada, menstruando, virxe ou non virxe, desvirgada, doncela); se procede dun home, pode ser de pai despois de copular, de cristián, de mouro, de xudeu, de excomungado, de envexa (mal de ollo), de bruxa, de ciática...

As persoas mortas causan aires moi perigosos. Así, atopamos aires de cadáver fresco, de condenado, de estadea, de cortexo, de camposanto, de sartego ou de excomungado morto. Estes aires son sempre perniciosos, calquera

que fose a condición do falecido, xa que, como é ben sabido, «os mortos chaman polos vivos»; en concreto, o aire de morto no momento de expirar é o máis temido porque nese trazo a persoa bota, emana ou despide un bafo que «chama» pola persoa que ten arredor. Urxe conxuralo canto antes, operación coñecida como «volverlle o aire», para que o morto non lle tire pola vida ao vivo afectado.

Se o aire de morto afecta a unha muller, hai que ir a medianoite ao camposanto na compañía de tres Marías (tres mulleres chamadas María). Dispónse a comitiva arredor do lugar de enterramento da persoa causante, e a doente, vestida de estola (prenda sagrada), ponse de bruços sobre a terra e aspira con forza o «aire de vivo» que o morto lle roubara.

Se quen padece aire de morto é neno ou nena, só puido collelo no ventre da nai cando esta asistía a un velorio ou se, estando no cuarto onde se vela o morto, se puxo cara o solpor. Para curar as crianzas hai que levalas ao camposanto onde repousa o cadáver do causante e requirilo (invocalo) para que lle retire o aire de morto e lle devolva o de vivo. Tamén se aplican fumazos de loureiro.

En Borneiro, no concello de Cabana de Bergantiños, cargan un carro ou un tractor con espadanas e van en procesión espaxéndoas polos camiños do lugar. Ao remate, a xente recólleas e lévaas para a casa para, ao queimalas, deixarse afumar como método preventivo para non enfermarse de aire de morto.

Hai aires que poden ser causados polos astros (lúa, sol) e pola propia Terra. A doenza infantil coñecida como enganido ou tangaraño (raquitismo) crese que a causa o aire de encrucillada. Tamén existe aire de camiño, de vasoira, de mar e de moitas outras orixes.

O curandeiro, sabio, sabia, pastequeiro, tallador ou sandador, antes de proceder a confirmar a existencia dun determinado mal de aire, fai unha proba que consiste en lavar o enfermo con auga de sete fontes ou dunha soa

que nunca estiña, e despois pasar esa auga por un pano de lamanisco¹. Sobre ese pano aparecen os pelos do causante, animal ou persoa, aínda que fixese o mal involuntariamente. Os tratamentos, de confirmarse a doenza, fanse cunha variedade enorme de ensalmos, rituais e fórmulas, aínda que son frecuentes os lavados a repelo (de pés a cabeza) e os fumazos, xunto cunha ampla e ás veces secreta variedade de oracións e recitados.

Para rematar este apartado sobre o mal de aire cunha nota optimista e esperanzadora, diremos que parece ser que o aire de artesa (recipiente de madeira usado para amasar o pan) é un dos poucos que non causan dano e

que mesmo serve para curar as enfermidades dos ollos.

SOMBRAS

Os asombramentos, como os aires, aínda que ás veces se confunden, son moi diferentes, pero tamén moi perigosos. As sombras poden ser causadas por persoas vivas ou mortas, e tamén por animais, árbores ou astros.

As sombras máis temidas son as das eclipses. Afectan especialmente ás persoas, aos froitos e a quen, unha vez asombrados, os come. Tamén se consideran danosas as que causan as femias, tanto as mulleres como as dos animais, especialmente cando están en celo, preñadas ou paridas e os afectados principais son os nenos e as nenas. Os síntomas perceptibles son que as criaturas enfraquecen, interrom-

¹ Lenzo ao que se atribúen poderes máxicos e que imita a prezada seda coñecida como «damasco» coa que se facían manteis labrados á maneira de Alemaña; de aí o de chamarlle alemanisco ou lamanisco.



Foto: Fidam Nazim

pen as medras, vólvense pálidos e quéixanse de dores en todo o corpo.

Para descubrir a orixe dunha sombra úsanse preferentemente dous procedementos. Un consiste en ferver cinsa de toxo macho e despois lavar o doente a repelo (desde os pés á cabeza) con esa auga. Despois envólvese cun pano de lamanisco (ver nota 1); se padece algún asombramento quedarán sobre o pano plumas, se o causante foi ave, ou pelos, se foi mamífero. Outro remedio consiste en poñer ao lume un caldeiro con auga e, en forma de cruz, queimar enriba del dúas pallas co cirio do Xoves Santo para que caian as cinsas e a cera dentro da auga. Lávase o enfermo a repelo e as plumas ou os pelos do causante da sombra aparecen na auga.

Se a sombra fose causada por un defunto, hai que recoller nun pano terra do camposanto onde estea enterrado, envolver con ese pano o doente e despois lavar todas as prendas de roupa da casa. Hai outras sombras que, en realidade, son ánimas en pena. Causan dano, sobre todo, a familiares próximos ao defunto, sempre coa intención de apupalos para que lles axuden a saír do purgatorio onde padecen.

En Castrelo, Laxe (concello de Paradela), unha muller viúva de pouco sentiu —era de noite— no fondo da cortiña da casa un ruído. Pensou que eran ladróns e, en principio, correu cara o lugar para facerlles fuxir, pero de repente parou e deu a volta para a casa con medo, pois viu vir cara ela unha sombra.

A pobre muller desde aquel mesmo instante deixou de falar e comezou a ladrar coma os cans. E andou así ata que o cura da parroquia lle dixo que o que ela vira fora a sombra do seu home que estaba penando no purgatorio. O crego díxolle que para librarse da sombra tiña que vestir un hábito de santo Antonio e ofrecer unhas misas pola alma do esposo. Unha vez que cumpriu o mandado, ela deixou de ladrar e volveu falar como as persoas.

O URCO

O Urco non é unha doenza senón a visión dunha sombra singular, unha especie de corpo astral que representa a figura, o seu dobre, a alma externada ou a pantasma dun vivo. Os asturianos chámanlle *Huerco*, os islandeses *Fylgiar*, *Forynar* ou *Hamingiar*; os noruegos *Folgie*, *Vardögl*, *Vardygr*, *Vardivil*, *Vardöiel*; os alemáns *Oppelgänger*, *Waff*, e os escoceses *Fetch*.

O Urco pode ser visto pola persoa que vai morrer —atoparse coa propia sombra é nefasto— ou por outra persoa calquera. É, en realidade, un aviso de morte. Cando se ve unha persoa facendo algo desacostumado pode non ser ela, senón o seu Urco.

Outra presenza do Urco descríbese como un can xigante de aspecto terrorífico e xeralmente de cor negra. Pode aparecer con cornos, orellas grandes, ollos candentes e arrastrar cadeas. É mito propio das parroquias da beiramar e sempre se relaciona cos agoiros de morte. Vive no Máis Alá, nun lugar submarino que algúns identifican co Borrón. Neste caso tamén se lle chama Can do Mar e Can do Urco.

Sempre sae do mar e soe verse nas noites de lúa chea, xeralmente acompañado doutros cans negros vagabundos. En terra agranda de tamaño. A súa misión é sinalar coa súa presenza, con ouveos e outros rúidos, a casa onde vai haber morto. Ao rematar a misión, regresa ao profundo do mar.

A PALETILLA

Chámase *paletilla*, *espinela* ou *espiñela* a unha cartilaxe, óso ou apéndice xifoide que, segundo crenza moi estendida, se sitúa no esterno ou na boca do estómago para protexelo de golpes, aínda que tamén hai quen opina que se sitúa nas costas, entre os ombros. Se este apéndice sae do seu sitio natural, causa unha doenza coñecida como «caída» ou «mal» da

paletilla ou da espiñela e só se pode curar coa operación chamada «levantar a *paletilla*»:

Paletilla i espinela / vólvanse ó sen lugar / como os santiños ó altar / e as ondiñas ó mar.

Ás veces, o doente interpreta que o que caeu ou se desprazou do seu lugar foi o estómago e, entón, denomínase caída do calleiro.

Esta doenza foi moi ben descrita por algúns dos nosos investigadores como o médico, escritor e etnógrafo lucense Xesús Rodríguez López (Lugo, 1859 – 1917) nun artigo sobre o tema (Rodríguez, 1888) e no libro *Supersticiones de Galicia y preocupaciones vulgares* (Rodríguez, 1974).

Rodríguez López, referente para o estudo da nosa cultura popular, foi un combatente furi-bundo contra crenzas e supersticións e, a pesar diso, recibiu reprimendas severas de parte da igrexa por considerar que criticaba ritos ortodoxos cando, en realidade, só describía a participación de cregos e relixiosos en operacións de curación de dubidosa eficacia.

No artigo mencionado, baixo o título “La Paletilla”, explica con detalle a casuística desta doenza. O mal aparece cando o óso chamado *paletilla* ou espiñela «cae» do seu sitio natural e o enfermo non cura ata que se lle practica a operación coñecida como «levantar a *paletilla*», intervención reservada a especialistas, sexan homes ou mulleres.

Os síntomas máis habituais para diagnosticar a caída da *paletilla* son a perda de apetito, o cansazo ao andar ou sentir malestar sen razón obxectiva, cando se transuda ou se ten frío sen causa aparente, dor de cabeza ou sono excesivo. Se a estes síntomas engadimos un aspecto físico fraco, palidez, tose e opresión no peito conclúese que temos a *paletilla* caída.

O curandeiro ou curandeira o primeiro que fai é comprobar se, efectivamente, o enfermo ten ou non a *paletilla* caída. Un dos procedementos consiste en sentar ao paciente no chan ou nunha cadeira, facerlle poñer o corpo de

fronte, collelo polas monecas e estirallo os brazos o máximo que se poida. Despois tratan de xuntarlle as mans por enriba da cabeza; se os brazos non igualan, é evidente, conclúe o entendido, que ten a *paletilla* caída. Outro método consiste en medir cunha cinta métrica desde a boca do estómago ata o espiñazo por ambos lados e, se un mide máis que o outro, confírmase a sospeita de que ten a *paletilla* caída.

En caso de confirmarse a doenza, a continuación hai que levantar a *paletilla*, operación para que se coñecen varios métodos. Un deles consiste en apoiar as dúas mans do enfermo no correspondente lado da cabeza. Despois érgueno, colléndoo por detrás, de maneira que as costas do enfermo apoien sobre o xeonllo do curandeiro.

A continuación dáselle unhas sacudidas ata sentir o estalar dos ósos, sinal definitivo, sobre todo se o estalo se asemella ao dunha póla ou galla cando se rompe, de que a *paletilla* queda no seu sitio. Hai que ter moito tento en non deixar que a *paletilla* volva caer, polo que se lle fai beber ao doente inmediatamente despois do tratamento uns tragos de auga fría.

Outro método consiste en curar «por palabras»; ou sexa, mandar o paciente para a casa e prometerlle que a curandeira dirá unhas oracións durante o transcurso dunha misa. Rodríguez López di que na misa, entre o alzamento da hostia e o do cáliz, a curandeira reza durante varios días oracións como estas:

Paletilla y espinilla, tente fuerte, como Jesucristo se tuvo en la cruz con el poder de Dios y de la Virgen María. Un padrenuestro y un avemaría.

Un cura de la sacristía sale a decir misa va, y un hombre le va a ayudar. Así como estas cousas son verdad, paletilla y espinilla, tripas e cualleiro (de fulano de tal) se volvan ó seu lugar. Con el poder de Dios y de la Virgen María. Un padrenuestro y un avemaría.

Nun manuscrito de nigromancia titulado “La Monja de Filgueira” que se publicou no xornal El Correo Gallego, de Ferrol, o 23 de

xuño de 1900, veñen outras palabras que se din para curar este mal:

La paletilla, mal de tripas, bazo, madrí y calleiro curarán y sanarán por el poder de Dios y de la Virgen María y del bendito San Juan cuando dijere el ministro después de morder la cola de un gato negro y gritar por tres veces ¡Meigas fóra! esta oración sagrada: «Espinilla, paletilla, asaduras y calleiro, volveros á vuestro lugar como as galiñas al poleiro y los cregos al altar y el capeludo á ó inferno é as ondiñas á ó mar». Aquí persignese y bendiga y diga con devoción: «San Juan y Santa María fueron juntos á una romería y dijo San Juan; «Se me cayó la paletilla», y le respondió la Virgen yo te la levantaré y séate levantada por el poder de Dios, la virtud y la fe mía. Amén.

Outro remedio consiste en «correr» (masaxear) os membros do enfermo coas mans secas ou untadas en aceite e friccionar con forza todo o corpo; e, outro máis, coller o enfermo polas pernas e levantalo, cabeza abaixo, ata tres veces.

Tamén se lle podían dar ao doente cocementos de varias herbas durante sete días ou meterlle nove plantas chamadas «estrelas de mar» (fentos?) entre a pel e as medias que debía manter durante nove días sen sacar.

Tamén se practicaba, segundo se explica en El Bien, nº 73 (19/07/1903), tirar da pel que recobre o estómago de abaixo a arriba e que por tres días o doente non colla pesos nin nas mans nin na cabeza.

En Cuveiro (1876) apúntase un remedio diferente. Consiste en poñer unha moeda sobre a boca do estómago e sobre a moeda un misto acendido que se recobre cunha ventosa ou cun vaso en forma de campá, calcando coa man durante un cuarto de hora para que non entre aire. Cando se retira a ventosa, ponse un emplasto confortante sobre a zona. Neste mesma obra dise que a planta chamada chan-taxe, levándoa algún tempo debaixo da planta do pé, favorece a curación da *paletilla*.

R. Quintía Pereira (Quintía, 2014) recolleu na parroquia de San Martiño de Salcedo, concello de Pontevedra, outro método que consiste en que o sandador poña as mans na cabeza do enfermo para de seguido darlle un golpe na testa. E así volvía a *paletilla* ao seu sitio.

Xavier Costa Clavell (1992) escribe:

Conocí en Chantada una «curandeira/menciñeira» muy singular. Vivía en la calle de los soportales de abajo de la villa. Aquella mujer pasaba por ser muy hábil a la hora de curar el «Mal de la Espiñela». Yo fui como acompañante de una prima de un amorío mío sería por el año 1941 o 1942 y recuerdo que la «curandeira», mujer vieja, sucia, casi harapienta, que tenía todo el aspecto de una bruja y olía pestíferamente aunque no a azufre, sino simplemente a mugre antigua y de variada composición, me causó una deprimente impresión.

Como no tuve oportunidad de entrar en el sórdido tabuco en el que llevaba a cabo sus manipulaciones, no pude comprobar en qué consistía su «ciencia» ni qué tipo de ensalmos recitaba. Pero recuerdo que mi amiga pareció salir muy reconfortada de la visita y convencida de que la «paletilla caída» que decía tener se le iba a poner muy pronto en su sitio.

Expoñemos a continuación unha serie de remedios para tratar a caída da *paletilla* publicados na web Galicia Encantada²:

Había unha veciña miña que a levantara. Sentaba a persoa nunha cadeira, igualáballe as mans cara arriba e logo había que tomar nove graos de nabiña de nabo nunha culleriña de café con mel durante nove días. Non vexas os que pasaron por alí!

Antonio Fernández. A Fonsagrada (Lugo)

Na miña casa era moi común. Meu pai padecía diso. Tiña que cruzar os brazos diante do peito e una persoa por detrás levantalo para que se lle colocara!

Dolores Flores Fernández (Lugo)

² Galicia encantada (www.galiciaencantada.com [A caída da paletilla]). Consultada en setembro de 2024.

Se estás canso, sen ánimos, con malestar ... e queres saber se tes a “paletilla caída” é tan fácil como sentar no chan coas costas apegadas a unha parede, levantar os brazos e xuntar as palmas das mans sen separalas, e baixalas ata velas. Se está caída, unha das mans estará máis alta que a outra; se é así, dar nove golpes no ombro da man que estaba máis alta. Volver a repetir para mirar se xa están iguais as mans e se é así, o malestar desaparecerá rapidamente.

Manuel Gómez Martínez

Pola comarca dos Ancares era moi frecuente. Rezaban unhas oracións que nunca souben e pasaban polas sofraxes, dunha á outra, e por todo arredor do tórax, un nobeliño de lá.

Helena Villar Janeiro. Becerreá (Lugo)

A curandeira leva ao doente ata o pé dun sabugo que nacera espontaneamente, é dicir, que

non teña sido plantado por ninguén. Unha vez alí, envólvelle unha póla da árbore arredor da cintura, sen que esta se desprenda do sabugo e recita tres veces o seguinte ensalmo:

Sabugo que fuches nado e non plantado, cérralle a paletilla a fulano de tal (dise o nome e os apelidos), cun pai noso e unha ave maría, coa graza de Dios e da Virxe María.

María José Gómez Alvite, de Ligonde, Monterroso (Lugo)

Imos comentar agora outro tipo de doenzas psíquicas que teñen en común que o doente cre estar baixo os efectos dun ente ou ser sobrenatural que o posúe e goberna e que, para ben ou para mal, dirixe os seus actos.

Aínda que moitas veces se confunden, e mesmo se intercambian as denominacións, hai tres tipos de doenzas ben diferentes: Corpo aberto (posesión dunha ánima), Corpo santo e Meigallo ou Ramo cativo (posesión demoníaca).



CORPO ABERTO

Chámase corpo aberto, espiritado ou iluminado á persoa viva na que se introduce algún espírito, normalmente a ánima dun defunto, xeralmente a dun familiar, pero tamén pode ser a dun veciño e incluso a dun descoñecido, debido a unha especial predisposición que ten a persoa doente para atraer ánimas. A posesión pode ser momentánea, temporal ou permanente.

Estas persoas que atraen as ánimas dos defuntos soen ser febles de carácter e padecen moito mentres dura a posesión, pois vense obrigadas a invocar os espíritos que as habitan, polo que a curación pasa pola operación de «pechar» ese corpo o antes posible.

O espírito ou ánima ocupante aproveita o corpo que ocupa para manifestarse e facer recomendacións, valéndose da persoa posuída e que, ben por propia vontade ou obrigada por exorcismos ou conxuros dos espiritistas, especialistas que saben invocalos e traducir e interpretar o que din os espíritos, transmite as mensaxes do posesor.

V. Risco (1979) di que non se debe confundir esta situación cos efectos do somnambulismo nin do hipnotismo.

Cando o espírito ocupante dun corpo aberto actúa por propia vontade fai que a persoa doente se comporte dunha maneira non habitual, senón como o faría en vida a persoa á que corresponde esa ánima. Comeza a falar en idiomas (latín, castelán) que o doente non coñece, pronuncia discursos imposibles para os seus saberes, fai recomendacións piadosas (rezos, ofrecer misas, asistir a romaxes...), sempre acordes coa ortodoxia relixiosa, polo que ás veces estes enfermos son confundidos cos chamados corpos santos que veremos a continuación.

Hai quen considera os corpos abertos como mediadores obsesionados con facer o ben, pois, transmitindo as recomendacións que a ánima que os posúe lles fai, contribúen a re-

conducir unha situación considerada de desorde moral. En ocasións, a ánima do posesor válese do mediador para revelar profecías ou cumprir algunha obriga contraída en vida por el mesmo. Noutras, presume de coñecer os segredos do Outro Mundo e informa da situación doutras ánimas; se están no ceo, se purgan no purgatorio ou padecen no inferno. En ocasións, a sabedoría que se manifesta a través do corpo aberto é aproveitada, de xeito oportunista, polos espiritistas, sabios ou sanadores que os tratan.

A Iluminada de Moeche

En Galicia son varios os casos de corpos abertos dos que hai noticia, pero o máis difundido foi o de Manuela Rodríguez Fraga, tamén coñecida como a Espiritada ou Iluminada de Moeche, que imos comentar de seguido.

O nome desta muller apareceu na prensa galega, concretamente en El Orzán, o 28 de xaneiro de 1925. Nacera e residía en San Xusto, concello de Moeche (A Coruña). Aos 22 anos xa levaba catro padecendo unha tuberculose que a mantiña encamada e en progresivo deterioro. Tiña paralizados os membros inferiores, apenas comía e fora diagnosticada de neurastenia aguda. Vivía cos pais que eran caseiros nun lugar propiedade do marqués de Cavalcanti. O pai, coñecido como O Quinto, fora santeiro, polo que na casa abundaban os escapularios, crucifixos, estampas e gravados con asunto relixioso así como amuletos moi variados.

De repente, o 12 de xaneiro de 1925, Manuela comezou a falar en terceira persoa, con voz de home e acento cubano. Impartía consellos con coñecementos de liturxia, dogmática e filosofía que ela, evidentemente, non posuía. Referíase a si mesma como «La niña». Vendo o éxito das proclamas da moza, o párroco do lugar deu en organizar peregrinacións á súa casa e a xente acudía a moreas os domingos para escoitar o que chamaban “misas”. Un tempo despois, mesmo recuperou o apetito e

comezou a comer vorazmente. Cando a entrevistaron os xornalistas de El Orzán, díxolles que se metera no seu corpo o espírito dun antigo crego de Ortigueira que emigrara a Cuba e morrera na Habana sen cumprir o compromiso de dicir unhas misas e unhas oracións. O espírito do crego para purgar aquelas faltas metérase no corpo de Manuela mentres esta bebía auga debuzada sobre un rego.

O caso tivo ampla repercusión na prensa galega e española, e mesmo na estranxeira como no The Chicago Tribune e en Le Petit Parisien. W. Fernández Flórez dedicoulle algún artigo, e X. L. Méndez Ferrín e Manuel Rivas recrearon este caso nalgún dos seus relatos.

Algúns médicos da época cualificaron o caso de histerismo. Teólogos e teósofos considerábanla unha médium. Segundo os autores do artigo (Espandian et al., 2014): «[...] *podríamos pensar que estamos ante un caso de la esfera de la Histeria (disociativo, personalidad múltiple, psicosis histérica...)*».

A sonda de Manuela, unha muller de saúde delicada que botou moito tempo encamada e sen comer e que morreu nova, esvaeceuse cando o pai prohibiu que seguisen peregrinando xentes á súa casa.

CORPO SANTO

A diferenza dos corpos abertos, os chamados corpos santos non son obxecto de ningún tipo de posesión, nin de demo, nin de ánima ou espírito, aínda que haxa moitos parecidos entrambos padecementos. Os corpos santos soen darse en persoas excepcionalmente piadosas, con comportamentos de verdadeiros santos ou santas, polo que as facultades que se lles apoñen para curar determinadas doenzas poden considerarse un don de Deus. Adoitan sentir de maneira mimética as dores dos de-

mais, tamén as de Xesús Cristo e mesmo as de toda a humanidade.

A sintomatoloxía é moi característica. Permanecen moito tempo encamados, sen comer, agás comungar, nin evacuar sólido nin líquido. Apenas falan. Poden presentar catalepsia, insensibilidade e moitas veces os estigmas de Cristo nalgún membro.

En Asturias chámanlles Ánimas Vivas, pois crese que son resucitados, que xa estiveron no purgatorio e volven entre os vivos. Constantino Cabal conta varios casos que reflicten experiencias próximas á morte.

Tampouco faltan casos de simulación e de aproveitamento por parte de terceiros con poucos escrúpulos.

A Santa de Gonzar

Josefa de la Torre Neto, a Santa ou Espiritada de Gonzar, foi un caso célebre de corpo santo. Naceu o 11 de novembro de 1773 en Gastrar (Boqueixón). Criouse moi influenciada polas crenzas relixiosas familiares, sobre todo por un tío cura co que conviviu ata os 16 anos. Despois trasladouse cos pais, labradores acomodados, a Santa Baia de Vigo e posteriormente a Gonzar (O Pino). Cando tiña 23 anos casou e tivo catro fillos, un faleceu moi novo, antes de quedar viúva con 30 anos.

Todo comezou un día de novembro de 1806 cando acababa de cumprir os 33 anos. O sogro empeñárase en mallar, a pesar de que Josefa se opoñía, pois achegábase un temporal. En plena faena comezou a chover. Josefa, que estaba preparando o xantar na cociña, correu axudar, pero o contraste entre a temperatura da cociña e a friaxe e a humidade do exterior provocáronlle espasmos, desmaios e calafríos que lle duraron dous días.

Nas seguintes semanas morreu a nai e a Josefa presentóuselle unha gastroenterite. Progresivamente fóronselle paralizandoo os membros e quedou practicamente cega. O corpo inchou-

lle e enchéuselle de chagas supurantes. Sen nai e sen marido, sometida á vontade do sogro e cunha débil saúde, todo anunciaba complicacións. Ademais, todo o que engulía sentáballe mal, deixou de comer e encamou.

Só falaba cun confesor. Unha criada descubriu que cando a familia durmía, ela erguíase, achegábase ao lume e peiteábase, pero non comía nin bebía. Só confesaba e comungaba unha vez ao mes. A súa sona estendeuse. Persoas enfermas correron a carón dela para tocala e pedirlle bendicións polo que o arcebispo de Santiago, Rafael de Vélez, púxolle vixilan-

cia a cargo de tres frades bieitos e un crego ordinario que en dezasete días non descubriron nada en especial.

O prestixioso médico José Varela de Montes —precursor da psiquiatría galega—, despois de observala trece días, escribiu un opúsculo en 1838 onde di que, en xeral, presentaba un estado aceptable e que só se alteraba cando o frío ou a calor eran anormais. Se non expulsaba líquidos nin excrementos, nin suores —só deitaba algunha bágoa— concluíu Varela, tampouco precisaba repoñer, pois nada gasta-



Foto: Fidam Nazim

ba. Un capitán do exército emitiu un informe de similares características. Nin engurras tiña.

Josefa de la Torre faleceu en 1848, con 75 anos. Levaba 42 anos encamada, sen comer nin beber, nin apenas moverse, en posición fetal; cando o facía, queixábase dalgunha dor. Tras facerlle a autopsia díxose que atoparan restos do broa no seu estómago. Enterrárona cinco días despois con acompañamento numeroso, nun sitio principal, debaixo do altar da Nosa Señora do Carme, na igrexa de Santa María de Gonzar.

Que se saiba, nunca se destapou a tumba para ver o estado de conservación do seu corpo, e iso que ao parecer o arcebispado de Santiago dispón dunha chave para abrir a sepultura.

Como o de Josefa de la Torre, déronse outros casos, sempre protagonizados por mulleres, que transcenderon á prensa tanto en Portugal como en Galiza, como o da santa de Vilamaior (Baltar, Ourense), a espiritada de Paracosteira (Chantada, Lugo), a santiña de Seixomil (A Bola, Ourense), a xaxuadora de Millerada (Forcarei, Pontevedra), Dominga Recamonde Gil (Solla, 2021: pp 38-49), e o de Rosa Fraga Peón de San Pantaleón de Cabanas (Ouro, Lugo).

MEIGALLO OU RAMO CATIVO

A «loucura ruín», segundo a terminoloxía usada por J. Rodríguez López, recibe outros nomes, amais de meigallo e ramo cativo, como feitizo, dada e mal de bruxería. Dos doentes dise que están posuídos ou endemoñados e polo seu comportamento, xeralmente violento, tamén se lles chama energúmenos ou sucios.

Nos momentos agudos da posesión, os doentes profiren berros e xuramentos, sofren convulsións e retorceduras nalgunhas partes do corpo, e botan escuma pola boca. Néganse a entrar en lugares sagrados e a relacionarse cos

cregos e coas cousas benditas. Algúns perden a vista ou sofren parálises.

Quen padece meigallo ou ramo cativo é reo do axente demoníaco que o posúe, que lle causa tormentos e torturas psíquicas e físicas. En canto á sintomatoloxía, maniféstase de moitas maneiras. Debilidade física, decaemento de ánimo, inapetencia, abatemento ou calquera outro tipo de alteración da saúde. Tamén pode padecer esta doenza quen é vítima de accidentes ou perdas económicas, quen se ve involucrado en conflitos familiares ou se acontecen mortes imprevistas na contorna social. Soe confundirse co mal de ollo, aínda que os axentes causantes son, neste caso, demos ou espíritos malévolos que se introducen nos corpos e que someten á súa vontade a da vítima.

O espírito ou ente maligno de orixe demoníaca introdúcese no corpo das persoas por propia iniciativa ou como consecuencia dun feitizo ou de comer ou beber, mesturada con outros líquidos ou alimentos, unha apócema seguindo a receita dalgún bruxo ou bruxa.

*Heiche de dar o meigallo / heiche de dar o feitizo /
heiche de dar o meigallo / no pemento do chourizo.*

A un mozo de catorce anos de Zoñán (Mondoñedo, Lugo) un tío seu deulle a beber un demo nunha cazola de leite. A seguir, o mozo comezou a facer cousas raras. Escapaba para o monte, choutaba por riba de silveiras, toxearas, xesteiras e penedas. Por veces ouleaba coma os lobos ou brecaba coma os becerros; outras veces regalaba os ollos e facía carantoñas, esmendrellaba a roupa, arrincaba os pelos e bebía nas poceiras. A habilidade máis extraordinaria era que o mozo podía meterse pola fenda dunha hucha por onde non cabía unha man travesa e volvía a saír tan campante. Así andou durante catorce meses ata que lle quitou aquel demo do corpo un frade do inmediato convento dos Picos.

Os ritos de curación son moi variados e soen realizarse en santuarios especializados en males da cabeza como os de Santa Xusta (Mo-

raña, Pontevedra), Santa Eufemia (Arteixo), O Corpiño (Losón, Lalín, Pontevedra), Santa Comba e San Pedro (Ribadavia, Ourense), ou no de San Pedro Mártir (convento de Belvís, Santiago de Compostela).

Nestes santuarios realízanse, ou realizábanse, exorcismos practicados por cregos formados e autorizados expresamente pola igrexa católica.

PASTEQUEIROS

Á marxe destes lugares relixiosos, hai especialistas como os pastequeiros e as pastequeiras que coñecen o segredo e as artes para curar o meigallo. Sérvense de oracións e ritos que se soen executar en lugares sagrados (templos, adros, camposantos). Soen exercer esta profesión persoas devotas e nada interesadas economicamente.

O nome vénlles da expresión latina *pax tecum*, «a paz sexa contigo», tomada do rito da misa, e que eles adoitan utilizar como fórmula nos seus rezos, produto dunha curiosa mestura de fragmentos litúrxicos e outros textos de escura orixe máxica.

Pastequeiros só os houbo en dúas parroquias veciñas, Santa Comba de Bértola (Vilaboa, Pontevedra) e San Cibrán de Tomeza (Pontevedra). As imaxes dos patróns das parroquias, Santa Comba ou San Cibrán, que teñen ademais en común que os dous foron bruxos antes ca santos, teñen que estar presentes no acto de curación, no que tamén utilizan unha estola e unha cruz de Caravaca. Despois da oración, hai que xantar ou merendar. O doente ten que aportar a tal fin pan e viño. A parte do enfermo, que ten prohibido comer, dáselles ás ánimas, depositándoa no camposanto.

Os pastequeiros herdan os seus coñecementos dos seus devanceiros, un caso curioso de sincretismo entre relixión e maxia, clara supervivencia de cultos precristiáns.

A iluminada de Chanteiro

El Correo Gallego, de Ferrol, do 24 de agosto de 1886, informa do caso. En Chanteiro, parroquia de Cervás (Ares, A Coruña), vivía naquel entón unha muller chamada Carmen de arredor de 22 anos que dicía estar posuída por dous demos cuxos nomes eran Daniel e Xacinto. Carmen estaba casada e era nai dunha nena de poucos meses.

O xornal descríbena como muller ignorante e inculta, máis vítima de ataques de histerismo que de fanatismo relixioso e insta aos párrocos das parroquias da comarca a que intenten convencer os seus fregueses de que ofenden a Deus sendo tan crédulos.

Dos demos que a posuían, Daniel era xurador, violento e irascible. Xacinto, en cambio, era místico, «*bonancible y bien educado*». Mentres Daniel botaba pestes, Xacinto «*solo en Dios y en los santos encuentra motivo de disertación*». Os dous demos falaban sempre pola boca da endemoñada.

Carmen estaba encamada. Á súa casa acudían multitudes «*de muchas leguas a la redonda*» e a todos os que lle preguntaban polo paradoiro ultraterreo dos seus familiares falecidos respondía coa axuda dos demos que tiña dentro do corpo. Cando lle preguntaban que podían facer para valerlles, os demos respondían pola boca de Carmen. Ás veces facíalle compañía e mantiña conversa con ela outra veciña que dicía ter dentro do seu corpo o espírito dun cura que falaba, a través dela, en latín.

As posesións remataron o día 17 de agosto, ás nove da mañá. As persoas que o presenciaron viron como saía do corpo de Carmen unha pomba branca cun peteiro vermello que voou e marchou.

Neste caso é ben evidente o cruce de características entre corpos abertos e meigallo ou ramo cativo. Tamén pode ocorrer que os redactores da nova no xornal non reparasen nos

detalles e se deixasen levar polo seu afán por desacreditar e ridiculizar a protagonista.

ENGANIDO OU TANGARAÑO

Chámase enganido ou tangaraño á doenza que só afecta a nenos e nenas e que se cre causada por diferentes aires. Tamén se ten documentado que o que causa a enfermidade, meténdose no corpo do neno, pode ser un demo chamado precisamente Tangaraño. As criaturas deixan de andar, non medran e non engordan. A medicina convencional identifica este mal co raquitismo.

Un dos rituais de cura consiste en reunir a tres mulleres chamadas María que xunto cun cacho de pan e un pouco viño levan ao doente a unha casa distinta da súa. E alí, na cociña, van pasando o doente dunha a outra ata nove veces mentres unha di e outra contesta a cada volta:

—*Toma, María.*

—*Que me das aí?*

—*O Enganido.*

—*O Enganido non cho quero, que quero a —nome do neno—.*

Múdanlle a roupa que leva posta por unha limpa e cada unha bate (enténdese que o fai suavemente) coa cabeza do neno nunha artesa por tres veces. Despois queiman a roupa vella na lareira e a seguir bótanlle un anaco de pan a un can e elas comen o que queda e beben o viño. Para rematar, saen da casa por porta distinta da que entraron.

No Penedo Furado de San Bieito da Cova do Lobo faise un rito semellante no que tamén participan tres mulleres chamadas María, aquí pasando o neno pola fenda do penedo.

Tamén poden facer a mesma operación entre a nai e a madriña da criatura. Unha di:

—*María, aí che vai o tangaraño.*

E outra responde:

—*Aí cho devolvo, san e salvo.*

Tres mulleres chamadas María poden facer curacións deste tipo en diferentes penedos da nosa xeografía, nun burato das paredes das igrexas, nas encrucilladas, por baixo das pólas dunha abeleira, das gallas dun carballo, por debaixo de dúas pedras que imiten unha ponte ou por debaixo dunha artesa. Tamén poden ser substituídas pola nai e por unha ou dúas irmás do doente.

Outro rito para «tallar» o enganido precisa da intervención dun carpinteiro de terceira xeración quen, valéndose dun machado, dá un golpe nunha atume de xuncos coa que se atan as pernas do neno mentres se di:

Meu pai carpinteiro, meu avó carpinteiro, eu carpinteiro.

Córtoche a pexa neste talleiro.

Outros curandeiros, sabios ou sabias, levan o neno a unha igrexa, acompañados da parteira. Unha vez que o ispen, móllanlle a cabeza con auga bendita, fanlle unha cruz na fronte cun allo e no altar maior erguen a pedra e pasan o neno dúas ou tres veces por enriba e por debaixo. Para rematar, dáselle a beber ao cativo, pinga a pinga, unha mestura de viño, incenso e mel.

CURANDEIROS E CURANDEIRAS

Para rematar este breve repaso ao mundo dos males da cabeza desde a óptica da cultura popular tradicional galega, deixamos unhas notas sobre as persoas que tradicionalmente se dedicaron a curar este tipo de males. Axiña comprobarán que, en varios dos casos, as

persoas que teñen a capacidade de remediar o mal a outras persoas tamén o padecen ou padeceron, pois a facultade vénlles, xustamente, desa circunstancia.

Os nomes polos que se coñecen van en función da especialidade ou doenza que atenden. Úsase con frecuencia o xenérico curandeiro ou curandeira para referirse indistintamente a calquera persoa que se dedicase a este oficio. Ás veces tamén reciben o nome de menciñeiros ou menciñeiras.

Xeralmente, aprenden da tradición e dos devanceiros, preferentemente dos da propia familia que se dedicasen ao mesmo. Tamén hai casos nos que o don de curar depende dunha circunstancia casual, por fada (destino), por ter falado no ventre da nai ou por outro motivo.

Chamáselles bruxos e bruxas a aquelas persoas que usan algunha maxia tanto para curar unha doenza como para causala, pois teñen ambas capacidades.

Cando o seu cometido é facer exclusivamente o ben, curar, chamáselles sabios ou sabias. Estes, ademais de curar doenzas, teñen a capacidade de adiviñar o porvir e a vida que levan os que están lonxe, descubren roubos e saben onde se agachan as cousas perdidas. Tamén saben remediar o meigallo, o mal de ollo, os aires e expulsar os demos do corpo. Recetan rescritos, amuletos, herbas, pedras e outros remedios máxicos ou relixiosos. Tamén poden descubrir tesouros.

Ás veces á persoa que cura chamáselle sandador. Pode ser home ou muller. O don pode virlle do nacemento, por nacer en Venres Santo ou o mesmo día e á mesma hora que o fixo Xesús, ou por ser o sétimo ou o noveno irmán do mesmo sexo. Soen ter unha cruz no padal ou debaixo da lingua. Soen exercer boa influencia, aínda que se coñecen casos en que botan maldicións.

Xa falamos dos pastequeiros e pastequeiras, especialistas en curar meigallos e posesións diabólicas. As talladoras, soen ser mulleres,

teñen a facultade de tallar, coutar, a enfermidade chamada coxo ou goxo, que é unha erupción granular na pel que deixa retratado o animal que a causou co seu aire ou a súa pezoña (veneno): araña, toupa, sapo, pincho-rra, cobra, alacrán, víbora, cempés, cínife, etc. Faise talladora quen consegue matar tres toupas con cadansúas puñadas. Para curar, bota cuspe na zona afectada e bendícea tres días seguidos, ou fai tres cruces durante tres días seguidos sobre a erupción cun corno de Alicornio³ bendicido.

A modo de exemplo, recreamos agora nunhas poucas liñas algunhas notas biográficas de dúas destas persoas:

Filomena Arias Armesto

Foi coñecida como a Sabia de Torbeo por ter nacido nesta parroquia do concello de Ribas de Sil (Lugo), entre 1865 e 1885. De moza marchou cun fillo vivir a Madrid, cidade na que residiu, traballando como criada, ata 1920 ou 1921. Cando regresou a Torbeo, un día, estando de fiadeiro cos veciños, foi beber auga á fonte da Cruz e cando volveu xa entrou de costas na casa. Despois botouse ao monte e por aló andou ata que uns homes da parroquia, comandados polo párroco, a foron buscar. Trouxérona atada e atada a retiveron a carón de cemiterio mentres o crego lía un texto dun libro para esconxurarlle os cinco «cadelos» (espíritos) que disque tiña dentro do corpo. Só conseguiron tirarlle dous «cadelos»; os outros quedaron para sempre dentro dela. Cando lle daba o «mal» falaba en castelán. Comezou a exercer de curandeira, aca- dando unha sona enorme por toda Galicia e por boa parte da península tanto de España como de Portugal. Curaba con plantas e con outros remedios tradicionais, sobre todo con

3 Alicorne, alicorno. Raspas ou po do fabuloso Unicornio aínda que, xeralmente, non era senón po dos cornos doutros animais como a vacaloura, o cervo... Usouse na curación de meigallos e outras moitas doenzas dándollo a beber ao doente mesturado en auga.



Foto: Fogar do Santiso, Teo

apócemas. Os que a coñeceron ou oíron dos seus méritos dicían que tiña poderes que lle permitían saber do paradiro ou do estado de saúde de persoas aínda que non as coñecese ou que residisen ben afastadas dela. Era consultada para destapar tesouros. Para moitos dos cometidos axudábase dunha *medium* que ela invocaba chamándolle «*La niña*».

Segundo Risco (1979), Filomena Arias dicía que cando morrese había lle deixar o seu poder a unha rapaza de 15 anos, que fose virxe e que se chamase coma ela. Mais, que se saiba, non tivo herdeira. Cando lle daba o mal permanecía deitada na cama, ladraba coma os cans por tempo de media hora ou dunha hora. Despois atendía as consultas. Non precisaba preguntar, pois adivinaba a pregunta que lle ían facer, e a seguir entraba en detalles sobre a doenza e outras circunstancias do doente.

Nos últimos anos da súa vida trasladouse a Monforte e cando osmou a morte pediu que a levasen expirar a Torbeo, pero non deu chegado. O 23 de abril de 1938, cando a trasladaban nunha padiola, fóselle a vida á altura Rairos, lugar do mesmo concello de Ribas de Sil en cuxo cemiterio está enterrado o seu corpo.

Isolina Camiña

A Gheiteira naceu en Cerdedo (Pontevedra), en 1909, e morreu en Pontevedra, en 1996. Posuía unha artesa que usaba para esconxurar o *anghinido* (enganido), un anel dourado de estrela e a cruz de santo André. Era especialista en cortar o aire de defunto. Poñía o anel no dedo, colocaba o doente na artesa, facíalle unhas fregas e dicía as palabras do ritual, repetindo tres veces. O doente acababa por adormecer dentro da artesa e, cando espertaba, xa estaba curado. Un seu sobriño-neto, Calros Solla (2008), foi quen herdou estes utensilios e está especialmente orgulloso da chamada cruz de santo André, un seixo gris que de maneira natural ten debuxada unha cruz branca en aspa. Quen ten esa pedra no peto no momento de

expirar, aínda que non peregrinase ao santuario de Teixido en vida, queda libre de facelo despois de morto. O salvoconduto universal!

Para poñer a coda a este apartado e ao artigo, extracto, a modo de exemplo da presenza destes temas na literatura galega contemporánea, un fragmento da coñecida obra da autoría de Álvaro Cunqueiro titulada “*Escola de menciñeiros*” (Cunqueiro, 1976).

O personaxe escollido chámase Borrallo de Lagoa, un menciñeiro que, por ser albino, non podía botar mal de ollo, que «*curaba tolos, morriñosos i afrixoados*» e «*Decía que non había demos e que sobaban os esconxuros*». Cambiáballes o nome aos doentes e inventáballes unha vida nova, moi diferente a que viviran de seu. Curaba ensinando a ler e recomendaba longos paseos.

Ós que en neloutroas partes chaman alganados ou ensumidos, por Terra de Miranda e Pastoriza dicíenlles afrixoados. Xente é que se entrista, enfraca, cánsase, desavece a comida, e morre aborrecida e calada nun recuncho, a pel da cór da cera, e por veces queixándose dun punto frío que lles vaga polo corpo, cando no peito, cando na espiña. Borrallo estaba especializado, que il mesmo fora un afrixoado, i autocurouse. Parte da terapéutica consistiu en aprender a lér: vendeu unha terra e foi a pasar un mes en Ourense. Volveu novo.

—¡Valía máis que Conxo!, díxome un mui amigo dil. De neno, afixo a comer do mesmo zatico de pan a un rato i a un melro. Tiña mui estudiada á xente.

BIBLIOGRAFÍA

Actas do Simposio Internacional en homenaxe a D. Antonio Fraguas (1997): *Medicina popular e antropoloxía da saúde*. Santiago de Compostela: Consello da Cultura Galega.

Becoña Iglesias, E. (1981). *La actual medicina popular gallega*. A Coruña: Magogyo

Costa Clavell, X. (30 de marzo de 1992). Curandeiros y menciñeiros. *La Voz de Galicia*.

Cuba, X., Miranda, X., & Reigosa, A. (1999). *Diccionario dos seres míticos galegos*. Vigo: Xerais.

Cunqueiro, A. (1976). *Escola de menciñeiros*. Editorial Galaxia.

Cuveiro Piñol, J. (1876). *Diccionario Gallego*. Barcelona: Establecimiento tipográfico de N. Ramirez y Cía.

Espandian Nojavan Pana, A., López López, M. A., Delgado Charro, L., & Simón Lorda, D. (2014). La iluminada de Moeche. *Cadernos de Atención Primaria*, (20), 260-264.

Gondar, M., & González, E. (1992). *Espirítados. Ensaíos de Etnosiquiatría galega*. Santiago de Compostela: Laiovento.

Gondar, M., & González, E. (2003). *Poseídos. Ensaíos de Etnosiquiatría galega*. Santiago de Compostela: Endovelía.

Iglesias Iglesias, L., Cuevillas, F. L., Risco, V., Parga Pondal, I., Otero Pedrayo, R., Lorenzo Fernández, X., & Taboada Chivite, X. (1979). *Historia de Galiza*. Madrid: Akal.

Lis Quibén, V. (1980). *La medicina popular en Galicia*. Madrid: Akal.

Lisón Tolosana, C. (1980). *Brujería, estructura social y simbolismo en Galicia*. Madrid: Akal.

Lisón Tolosana, C. (1991). Antropología de los pueblos del Norte de España: Galicia. *Revista de antropología social*, 0, 13-29. Madrid: Universidad Complutense.

Losada, U. (1926). A espiritada de Moeche e o poseso Antón Ramilo. *Nós*, 29, 5-10.

Mariño Ferro, X. R. (1985/1986). *La medicina popular interpretada I e II*. Vigo: Xerais.

Quintía Pereira, R. (2014). *Patrimonio Inmaterial de San Martiño de Salcedo. Lendas, historias e crenzas*. Sociedade Antropolóxica Galega (SAGA).

Quintía Pereira, R. (2022). El mal de ojo en Galicia. Creencias, ritos y lugares de sanación. *LIBURNA*, 19, 163-218.

Reigosa, A. (2024). *Galicia Encantada. Enciclopedia da fantasía popular de Galicia*. galiciaencantada.com

Rodríguez López, X. (25 de febrero de 1888). La paletilla. *El Regional*, n° 10.216.

Rodríguez López, J. (1971). *Supersticiones de Galicia y preocupaciones vulgares*. Lugo: Celta.

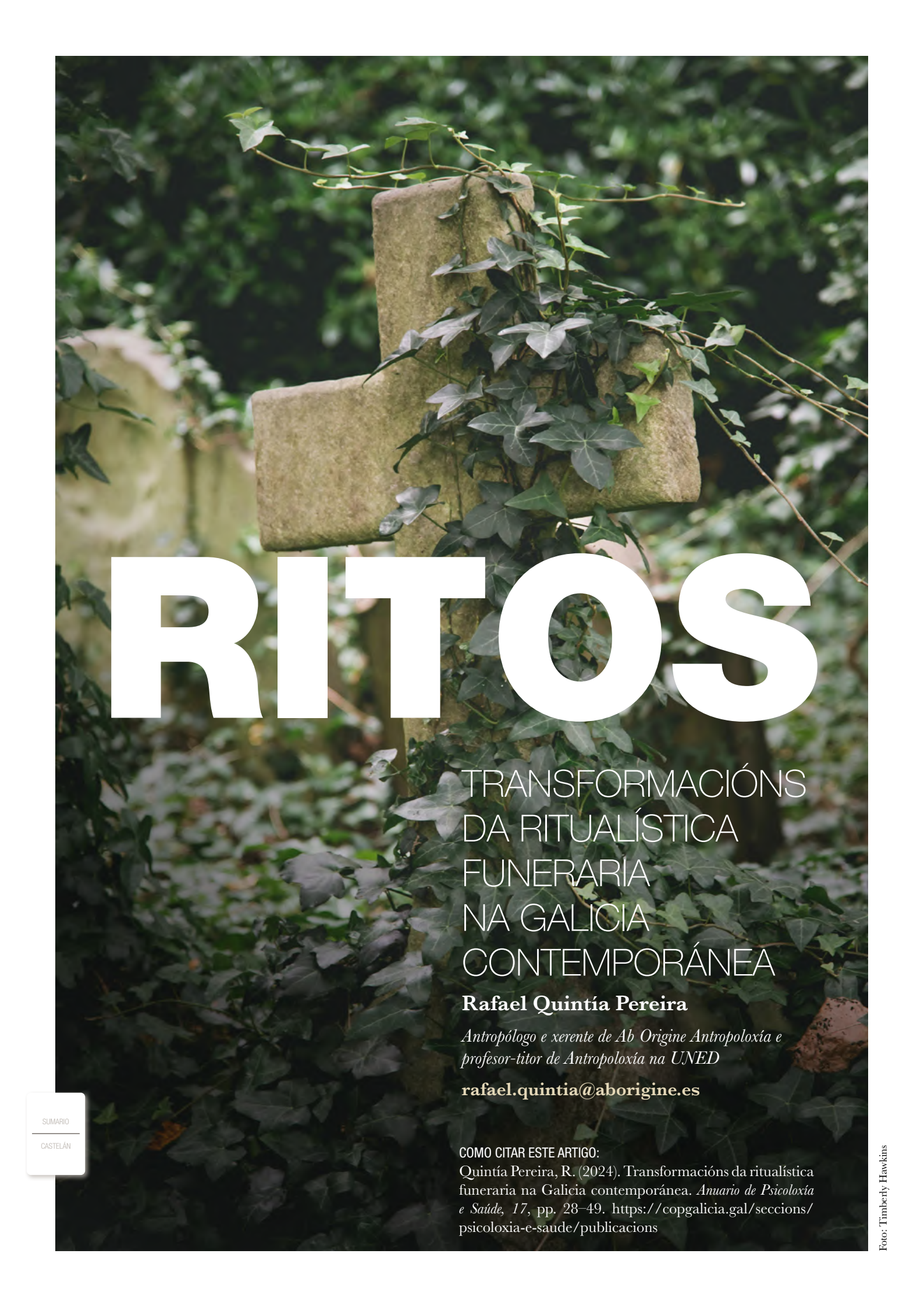
Rodríguez, J. A. (2010). “O Corpo Aberto”: Novas achegas etnográficas. *Fol de Veleno*, 1, 16-29.

Solla, C. (2008). *Isolina, a Gheiteira. Dorna*, 32, 69-71.

Solla, C. (2021). *Crónica da Galiza bizarra*. Cangas do Morrazo: Morgante.

Vázquez Gallego, X. (2004). *Tradiciones y Curanderismo en Medicina Popular en Galicia*. Santiago de Compostela: Tórculo Edicións.

Taboada Chivite, X. (1982). *Ritos y creencias gallegas*. A Coruña: Salvora.



RITOS

TRANSFORMACIÓNS
DA RITUALÍSTICA
FUNERARIA
NA GALICIA
CONTEMPORÁNEA

Rafael Quintía Pereira

*Antropólogo e xerente de Ab Oríxine Antropoloxía e
profesor-titor de Antropoloxía na UNED*

rafael.quintia@aborigine.es

SUMARIO

CASTELÁN

COMO CITAR ESTE ARTIGO:

Quintía Pereira, R. (2024). Transformacións da ritualística funeraria na Galicia contemporánea. *Anuario de Psicoloxía e Saúde*, 17, pp. 28–49. <https://copgalicia.gal/seccions/psicologia-e-saude/publicacions>

RESUMO

Neste artigo abordaremos como o proceso de cambio social afectou á ritualística funeraria e á xestión do trazo da morte na cultura e na sociedade galega. Estudaremos o cambio cultural na percepción da morte e do dó na sociedade actual galega e como isto repercute na integración do proceso da morte, na súa xestión individual e colectiva, nos ritos, nas crenzas e nos propios procedementos legais. En concreto, achegarémonos a temas como a transformación da idea do privado e do público, o cambio do locus da litúrxica funeraria, os novos xeitos de xestión do corpo morto, a comunicación do falecemento, os mecanismos de xestión da perda, as novas visións relixiosas ou o cambio da sociedade holística á individual e a súa repercusión na cultura da morte en Galicia.

PALABRAS CHAVE — Morte, dó, rito, Galicia, velorio, cadáver.

ABSTRACT

In this paper we will address how the process of social change affected funeral rituals and the management of the trance of death in Galician culture and society. We will study the cultural change in the perception of death and mourning in current Galician society and how this affects the integration of the death process, its individual and collective management, rites, beliefs and the legal procedures themselves. Specifically, we will approach topics such as the transformation of the idea of the private and the public, the change of the locus of the funeral liturgy, the new ways of managing the dead body, the communication of the death, the mechanisms of loss management, the new religious visions or the change from holistic to individual society and its impact on the culture of death in Galicia.

KEY WORDS — Death, mourning, rite, Galicia, wake, corpse.

INTRODUCCIÓN

A chamada cultura da morte en Galicia mudou nas últimas décadas. A relación que existía coa morte, o transo e o dó no mundo rural xa non é como era hai apenas unhas décadas. Os xeitos de xestionar este acontecer da vida adoptan, cada vez máis, as formas propias das actuais sociedades industriais e tecnolóxicas. O cambio da sociedade rural cara a unha sociedade maioritariamente urbana e industrializada, a perda de peso do catolicismo, a globalización, os procesos de aculturación ou a mudanza da ideoloxía da nosa sociedade rural holística cara a unha visión individualista da vida alteraron a nosa forma de ver e interactuar coa morte. Como di Marcial Gondar, «*a sociedade occidental virou as costas á morte ata o punto de convertela nun dos seus tabús fundamentais*» (1989: 9).

A MORTE NO MUNDO RURAL VS. O MUNDO URBANO

Para entender o proceso de transformación da ritualística funeraria cómpre, primeiramente, comentar brevemente como era e, de algún xeito, aínda é a vivencia da morte no mundo rural e como esta se integra no mundo urbano. Para isto, botamos man dalgunhas das ideas contidas nos traballos do antropólogo Marcial Gondar (1989), referente obrigado no estudo da morte en Galicia.

No mundo urbano e na sociedade actual en xeral prodúcese unha negación da morte fronte á aceptación e integración dunha realidade irremediable que se daba, e dalgún xeito aínda se dá, na sociedade rural. No mundo urbano actual, esforzámonos por ocultar a morte e os mortos, incluso nos medios de comunicación se censuran as imaxes de mortos baixo a escusa do respecto á intimidade das vítimas. Na

sociedade rural galega era todo o contrario, o morto exhíbese, amósase á colectividade para facernos partícipes da perda e conscientes da nosa fragilidade e finitude. As consecuencias desta ocultación, marxinación e «cancelación» da morte na sociedade urbana son que, cando acontece, se vive como un shock traumático que require atención psicolóxica en moitas ocasións; fronte á idea de traxedia natural que impera na sociedade rural. Isto leva a unha vivencia da morte e do dó en soidade fronte á socialización da dor e do dó que se daba nas sociedades rurais.

A ausencia de mecanismos sociais e culturais de amparo e a represión dos sentimentos son tamén características propias das actuais sociedades modernas, a diferenza do que acontecía antes e nas comunidades rurais onde a exteriorización das emocións e a teatralización da dor funcionaban como mecanismos de catarse e válvulas de escape, socialmente aceptadas, das tensións psicolóxicas e emocionais, tanto individuais como comunitarias, que xeraba a morte dun ser querido ou membro do grupo. En canto á xestión do dó tamén hai grandes diferenzas, pois actualmente existe unha presión social para reducir o tempo de dó. Acéptase que un estea triste un tempo, pero máis cedo que tarde xa se está dicindo á persoa que ten que superalo, que ten que refacer a súa vida, que xa é tempo de esquecer, sen ter en conta as necesidades particulares e características persoais de cada un para xestionar as súas perdas e emocións.

Por último, tamén existe unha fonda ruptura entre o que se concibe como unha mala morte e unha boa morte. Fronte a idea e desexo de ter unha morte rápida e súbita, sen apenas tempo de decatarse, nas sociedades rurais a boa morte é aquela que se ve vir, que dá tempo para deixar todo amañado, partillas feitas, débedas pagas, promesas cumpridas; a que se demora o suficiente como para poder despedirse dos seres queridos e partir en paz acompañados dos seus ao calor do fogar e da comunidade e seguindo os ritos que marca a

tradición para garantir o bo transo. Esa é a boa morte. En consecuencia, a relación coa parroquia dos defuntos tamén muda, como veremos a continuación.

Rematamos este apartado cunha cita do médico forense Benito López de Abajo que fai unha interesante reflexión sobre os diferentes xeitos de vivir a morte na sociedade rural segundo sexa a idade do falecido e segundo esteamos na Galicia interior ou costeira.

Yo creo que la muerte en el medio rural se vive de una forma más próxima, sin que por ello resulte menos dramática. Todo parece indicar que en el medio rural de la Galicia interior hay, fundamentalmente, dos modalidades de muerte: La primera, son aquellas ocurridas “cuando llegó la hora”; es decir, las muertes anunciadas, las de las personas mayores, que, de alguna manera, era esperada por toda la comunidad. La segunda son aquellas otras que se adelantan a los que cabría es-

perarse la llegada de su hora. Las primeras son muertes aceptadas, tomadas como algo inevitable y, por lo tanto, con resignación. En ellas se siente la pérdida, pero se comprende lo ocurrido. En cambio, en las segundas, al sufrimiento de la ausencia se le añade el sentimiento de rencor, por la tremenda injusticia cometida al llevarse a una persona tan joven. Y el sufrimiento es, en líneas generales, directamente proporcional a lo súbitamente que ocurrió la muerte, e inversamente proporcional a la edad en la que se produjo. [...] En la Galicia costera este segundo grupo está más interiorizado, en el sentido que, debido a su profesión, conviven más cerca de la guadaña letal y asumen como más “natural” aquello que en la Galicia del interior se vería como una tragedia. [...]. Las condiciones en las que transcurre su vida son tan extremas, que cuando a alguien le ocurre una desgracia, los otros se apiñan alrededor de él, demostrándole que entienden su dolor y su estado, porque ellos también lo han pasado en otras ocasiones (López de Abajo, 2006: 516).



Foto cedida polo autor

O CAMBIO NAS CRENZAS SOBRE O OUTRO MUNDO

A topografía do Alén e a súa concepción tradicional tamén está a mudar na nosa sociedade actual. Ata fai unhas décadas, a visión imperante do máis alá na nosa sociedade era a que transmitiu o catolicismo na nosa doutrina. O clero desde o púlpito coa súa predica e o catecismo encargáronse de modelar unha visión colectiva do que acontece tras a morte marcada por posibilidades:

- **O Ceo:** ao que van os que morren en grazza de Deus. É a recompensa a unha vida libre de pecado, un lugar de paz e harmonía, onde non existen as preocupacións e onde vivir eternamente xunto a Deus e rodeado dos seus anxos.
- **O Inferno:** onde van os condenados que non alcanzaron a salvación. No inferno xa non hai esperanza. É o lugar do sufrimento eterno e alí os pecadores serán castigados segundo a gravidade das súas faltas.
- **O Purgatorio:** lugar de penitencia ou purificación. Ese Outro Mundo-Purgatorio do cristianismo galaico é un mundo moral. Desde el sanciónanse as faltas ao código axiolóxico cometidas no noso mundo terreal, pero nel tamén sofren o castigo os que en vida pecaron. É lugar de penitencia e expiación e nel redímense as transgresións feitas en vida no mundo terreal. Do Purgatorio sáese cara arriba, ao ceo, ou cara abaixo, ao inferno.

Fronte a esta visión, na nova sociedade urbana, globalizada e máis multicultural, empezan a penetrar outro tipo de crenzas que, xunto co crecente agnosticismo froito da sociedade laica e tecnolóxica, conviven con outras do que sucede tras a morte. Aparecen así nocións como a da reencarnación, propia de correntes filosóficas e relixiosas orientais, a dunha nova vida renacido noutro plano de existencia; diferentes ás que ofrece o cristianismo ou outras

crenzas nacidas da *New Age* que, desde os anos 60 veñen collendo peso na nosa sociedade.

Relacionado con esta visión do Alén está tamén a seriedade coa que se trata o mundo dos defuntos, o seu culto, recordo e a súa comunicación. Nada máis afastado das actuais festas de *Halloween* onde se produce unha banalización da morte e dos defuntos e se converte a data na que se exterioriza, escenifica e ritualiza de forma colectiva a homenaxe aos defuntos nunha sorte de entroido protagonizado por fantasmas, monstros, depredadores sexuais e *psycho killers* con motoserras que pululan por festas, centros escolares, rúas e bares.

FACTORES DE TRANSFORMACIÓN NA RITUALÍSTICA FUNERARIA

Como xa avanzamos, son varios os factores que inflúen na transformación dos ritos funerarios en Galicia. Novas concepcións da morte froito dunha sociedade máis global e multicultural; a perda de peso da Igrexa na sociedade, tanto a nivel de poder real como de influencia moral e ideolóxica; a convivencia con relixións en competencia co catolicismo; o crecente individualismo propio da sociedade capitalista moderna onde o valor do individuo se impón sobre o da colectividade; a consecuente desaparición da sociedade holística propia do mundo rural; a urbanización da sociedade e o cambio tecnolóxico son algúns dos factores que podemos citar entre os causantes desta transformación. Moitos deles foron maxistralmente estudados polo antropólogo Marcial Gondar na súa obra *Romeiros do Alén. Antropoloxía da morte en Galicia*, polo que recomendamos a súa lectura. Todos eles podemos aglutinalos en cambios que afectan ao carácter social e cambios que afectan ao aspecto cultural e ideolóxico. Vexamos máis polo miúdo algúns deste factores de cambio.

1/ A perda de influencia da Igrexa

Un factor que está afectar a algúns ritos e crenzas vencelladas á morte na nosa cultura é a perda de influencia social da Igrexa e da relixión católica. Fronte a unha visión monolítica da morte e do Máis Alá agora existe unha «oferta de salvación» moito máis diversa. Como consecuencia estanse dando cambios nas crenzas escatolóxicas, xorden ou chegan novas ideas sobre o Alén e a morte, xenerázanse cambios nos ritos mortuorios (como a incineración), temos novas cerimoniais de carácter civil xunto ás cerimoniais católicas e tamén cerimoniais pertencentes a outros credos, vivimos o xurdimento de cemiterios civís fronte aos exclusivamente relixiosos e experimentáse unha perda de peso da comunidade cristiá. Este último aspecto leva implícito que, en ocasións, a familia do falecido decida que ritos se levarán a cabo e como sen ter en conta a filiación relixiosa do morto e a súa pertenza a unha comunidade cristiá que tamén ten dereito a despedilo por moito que as familias queiran ter un funeral privado. O morto, desde a perspectiva da comunidade cristiá, non é un ser illado senón un membro dun colectivo fraternal que sofre a perda e que, como a familia, tamén demanda o seu dereito a velar e despedir aos seus membros. Velaí outro exemplo de confrontación entre a visión individual e a colectiva, ou entre a privada e a pública, aspecto que veremos a continuación.

2/ A idea do privado e a desocialización da morte

Na actual sociedade urbana e tecnolóxico-industrial dáse unha transformación do concepto do privado e do público. Cada vez son máis frecuentes os enterros ou velorios privados que, paradoxos da vida, se anuncian en prensa ou por outras vías. Vemos notas necrolóxicas onde se explicita que a familia non recibe dó e os tanatorios aseguran a privacidade da cerimonia e o illamento social. A ocultación da morte e da dor, así como a primacía do princi-

pio de individualidade fronte ao colectivo, leva á desocialización da morte e da súa xestión.

Como dicíamos antes, desde a perspectiva da comunidade cristiá (e tamén da rural) o rito privado é privativo do dereito de participación da comunidade na despedida e sepelio do morto. Desde o punto de vista social, neste tipo de actitudes limitadoras da participación colectiva no enterro e velorio, a familia do morto pode romper a trama dos vínculos sociais do falecido impedindo que familiares e amigos participen no rito. O velorio/enterro era un acto social onde participaba toda a comunidade e onde o falecido era o protagonista.

A psicoloxía advirtenos de que a ausencia de despedida dificulta a aceptación da morte do ser querido e pode ser un factor de alto risco para o desenvolvemento de dós patolóxicos. Os rituais colectivos de dó, como o velorio, funeral ou enterro, axudan a aceptar e integrar o feito da morte. Asemade, dan soporte emocional a través do acompañamento dos seres queridos, amigos e veciños e ofrece a posibilidade de amosar libremente nunha contorna emocionalmente segura as emocións e a pena, pois esta será compartida, aceptada e comprendida.

3/ A desarticulación da tradicional relación entre vivos e mortos

Explicaba no meu libro *Pola graza de Deus. A relixiosidade popular en Galicia* (Quintía, 2022: 91-92) que, dalgún xeito, podemos dicir que a idea galega de familia non se pode acoutar nin no tempo nin no espazo e que a crenza moderna de que a morte é o final ou que o mundo dos vivos e o dos mortos son planos estancos e inconexos son ideas que non operaban no campo da cultura tradicional galega e da relixiosidade popular, pois no noso mundo cultural, eminentemente simbólico, os membros falecidos da familia tamén conviven cos vivos nunha relación que transcende a dimensión temporal e terreal. Esta convivencia

e relación é unha relación simbiótica, dun intercambio mutuo que podemos observar en múltiples prácticas e crenzas relacionadas co mundo dos defuntos e das ánimas. E digo que é simbiótica porque ás ánimas —igual que aos santos— pídenselles favores, pero tamén se roga por elas e ponse en marcha todo un enorme artellamento de prácticas que buscan, en última instancia, axudar a estas almas a saíren do Purgatorio e a acadar a paz eterna. Como dicía Xaquín Lorenzo:

O morto segue vivindo a carón do vivo, interviñendo nos seus feitos, aproveitando os seus instrumentos, dándolle consellos e anunciándolle o porvir, ben que, como seres que son xa do outro mundo, a súa actuación en torno ós vivos non sempre seña benéfica. [...] De ahí o respecto e a veneración con que o noso pobo trata todo o que fai referencia ós mortos, non soio pol-o que o temor poda pór nestas relacións, senon tamén pol-o que siñifican de continuidade nas relacións que se mantiveron coiles durante a vida terrea (2004: 126).

Xa que logo, ás ánimas pídenselles favores, a intermediación para solucionar un conflito ou a súa intercesión para acadar unha sanación ou solucionar un problema grave. Posiblemente, isto débese á crenza de que as ánimas benditas, sobre todo aquelas que xa saíron do Purgatorio, teñen unha posición privilexiada e un certo poder para axudar ós vivos pois están xa máis preto do ceo e de Deus e iso sempre confire poder, privilexios e capacidade de intervir no noso mundo. A este respecto, teño recollido moitos testemuños que acreditan esa fe no poder benfeitor das ánimas ou nas almiñas dos defuntos, como me dicía unha informante: «eu ás ánimas téño-lles moita fe, aos santos non pero ás ánimas...» En troques, a xente tamén se esforzaba por axudar ás ánimas que están no Purgatorio. Ofrecenselles misas, fánseles ofrendas nos petos de ánimas ou rézaselles na casa, entre outros moitos costumes. Por exemplo, os domingos e festas de gardar adoita acudirse á misa, acender velas ofrecidas para os defuntos e darlles responsos. Non faltaba quen quería deixar no testamento un legado a favor das ánimas, era

o chamado «quinto das ánimas», que servía para pagar misas e responsos en sufraxio da ánima do finado. Cada ano, coincidindo co Día de Defuntos, celebrábase un acto litúrxico xeral por todas as almas dos defuntos da parroquia que estaban no Purgatorio. Tamén había, e hai, novenas e en moitos lugares de Galicia facíase un bolo de pan e levábase ao adro da igrexa para darlle á xente, era o «Pan das ánimas». Estes bolos eran para darlle de comer ao saír aos asistentes da misa e para repartilos entre os pobres. Tamén se facía a poxa dos polos, bolos de pan e demais ofrendas que os fregueses traían para as ánimas dos defuntos. Bolos de pan tamén se cocían nos enterros para dar de comer aos asistentes e ao cura (Quintía, 2017: 59-62).

As ánimas, ademais, segundo as crenzas galegas, poden vir visitarnos, xa sexa de xeito individual como alma en pena ou de xeito colectivo, como na Compañía ou a Estadea. Esta presenza das ánimas na vida cotiá e terreal pode facerse en forma humana, en forma de animal, nunha pedra ou de xeito indirecto, a través de ruídos, luces, cheiros etc. (Cuba, 2006). En canto á explicación cultural que se lle dá a porque volven as ánimas, estas poden facelo para pedir sufraxios, para axudar a un ser querido, para reparar un dano feito en vida ou para emendar unha inxustiza (Quintía, 2017: 59-62). Polo tanto, o corpo morre, o defunto marcha pero a súa alma continúa en contacto con este mundo. Como di Manuel Mandianes: «Galicia non convive cos mortos, senón que cre que os mortos viven» (Antón e Mandianes, 1989: 170).

Todas estas prácticas e crenzas configuraban unha sofisticada forma de comunicación cos defuntos que pasaban de ser mortos esquecidos a actores aínda válidos da trama social. A crenza na súa existencia noutro plano de realidade e na posibilidade de comunicarse con eles facía que a traxedia da morte dun ser querido ou da propia morte fose levada de mellor xeito, pois ese transo non supuña a ruptura definitiva nin total coa súa comu-

nidade. Isto xa non é así, ou xa non é así na mesma medida. A sociedade actual urbana, tecnolóxica, «racional» vive de costas á morte, como explicamos. Os mortos afástanse, ocúltanse porque nos poñen ante a realidade da nosa finitude. Xa non interesa comunicarse con eles. Como di Gondar: «*Agora, a situación cambia por completo: a morte déixase de vivir como “natural” para ser un “accidente”, algo que sucede porque a ciencia aínda non “avanzou” abondo*» (Gondar, 1989: 12).

A crenza na infinita capacidade do progreso enfrontada á constatación de que non se pode vencer á morte e que non somos inmunes ao proceso natural da vida produce unha sorte de disonancia cognitiva que nos fai mirar para outro lado, agochar a cabeza no burato e vivir como se a morte non existise, máis esta está sempre aí. A ignorancia do problema non elimina o problema, pero si pode acabar con mecanismos culturais que demostraron a súa eficacia ao longo dos séculos para enfrontarse como individuos e como o grupo ao gran misterio da vida: a morte.

O temor á morte estanos facendo esquece-los mortos, os que se empezou por expulsar do centro do poboado, reducíndoos a cemiterios periféricos; tratándose agora de botalos do noso recordo porque simbolizan a nosa propia morte, que queremos evitar, pois son o noso pasado e só o porvir nos interesa (Gondar, 1989: 14).

Nas últimas décadas produciuse tamén na nosa sociedade unha desacralización do cemiterio que deixa de ser «campo santo» para ser concibido a nivel municipal como unha instalación onde dar descanso aos corpos ou cinzas dos falecidos, alén de calquera filiación relixiosa. O Decreto 151/2014, de 20 de novembro, de sanidade mortuoria de Galicia explicita que: «*No presente decreto supérase a anterior distinción entre cemiterios parroquiais, confesionais e particulares, entendendo que o determinante desde o*

punto de vista xurídico é o uso da instalación o que debe prevalecer e ser examinado, á marxe da súa consideración como confesional ou non».

No momento que aparecen os enterros e velorios civís todo o aparato, escenografía e ritualística cristiá, propia da sociedade rural tradicional, desaparece ou vese moi relegada.

4/ O cambio social, urbanización da sociedade e a burocratización da morte

As novas normativas en materia funeraria (hixiénicas, sanitarias, burocráticas...), as novas formas de xestionar os mortos (limitación de espazo, afastamento dos cemiterios, creación de campos de cinzas), o xurdimento dos establecementos para velar o defunto, a regulación do traslado do corpo son só algúns cambios recentes que afectan a como vivimos a morte e nos relacionamos con ela.

Na actualidade existe unha gran burocratización da morte. Os trámites legais que seguen ao falecemento son longos, complexos e cansos, o que obriga en moitas ocasións a contratar os servizos de avogados e gabinetes xurídicos. Tal é así que as propias empresas funerarias e aseguradoras xa ofrecen estes servizos. Á dor da perda do familiar falecido e á xestión do dóló únese agora a xestión da burocracia da morte. A morte xa non só é un trauma, senón que tamén é un problema burocrático que necesita de especialistas. Como mostra citamos algúns dos procedementos legais que hai que xestionar tras o falecemento dun familiar: solicitude do certificado de defunción, actos de última vontade (declaración de herdeiros), certificado de contratos de seguros, partición da herdanza, pago do Imposto de Sucesións ou pago da plusvalía. Se atendemos aos prazos, outro factor de estrés engadido, os trámites legais tras unha defunción serían:

1 https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2014/20141211/AnuncioC3K1-031214-0001_gl.html

- No momento do falecemento: obter o Certificado médico de defunción.
- Dentro das 24 horas seguintes: inscrición da defunción no Rexistro Civil.
- Entre 24 e 48 horas despois do falecemento: enterro.
- Despois de 15 días hábiles tras o falecemento: obter o certificado de últimas vontades e o certificado de cobertura de seguros do falecido.

- Antes de 6 meses: pago de impostos (sucesións, plusvalía municipal etc.).
- Comunicación do falecemento á Seguridade Social.

Poderíamos dicir, utilizando unha expresión coloquial, que a morte é «un marrón» que require de profesionais da burocracia.



Foto cedida polo autor

A TRANSFORMACIÓN DA RITUALÍSTICA FUNERARIA

A transformación do ritual funerario afecta fundamentalmente aos seguintes elementos:

- O lugar da morte
- A xestión do corpo morto
- O lugar do velorio
- O traslado do corpo
- O lugar de «enterro»
- A comunicación da morte
- A participación no rito (o público e o privado)
- O pago do enterro (privado *vs.* mancomunado)

O capítulo V do Decreto 151/2014, de 20 de novembro, de sanidade mortuoria de Galicia trata sobre os servizos funerarios. Nos seus artigos, contense a regulación do seu establecemento, medios e responsabilidades e as características dos tanatorios, velorios e crematorios. O capítulo VI, regula o transporte de cadáveres, inhumacións, exhumacións, reinhumacións e incineracións, e divídese en dúas seccións. Na primeira sección contéñense as regras relativas ao transporte de cadáveres ou restos cadavéricos, os medios de transporte e as formalidades que se deben cumprir. A sección segunda do mesmo capítulo VI dedícase á inhumación, exhumación, reinhumación e incineración de cadáveres e restos, así como unha referencia aos féretros e elementos de transporte admitidos desde o punto de vista sanitario. Veremos que consecuencias teñen estes cambios nos ritos tradicionais.

1/ O lugar da morte

Hai tres lugares principais onde se pode producir o falecemento das persoas: na casa, na residencia de maiores ou no hospital; e fóra destes espazos, como pode ser na rúa ou no traballo,

por exemplo. Se ata o segundo terzo do século XX o máis habitual, en caso de enfermidade, era o falecemento na propia casa, na actualidade o lugar onde se produce habitualmente a morte das persoas, en caso de enfermidade ou accidente, está a cambiar. Coa universalidade da sanidade e o sistema hospitalario é moi habitual que o falecemento se produza no hospital onde está sendo atendido o enfermo ou accidentando. No caso dun accidente fóra da casa, a diferenza do que podía suceder antes, o doente non é trasladado á súa casa, senón a un centro hospitalario. A consecuencia é que cada vez se morre máis no hospital e menos na casa. A isto hai que engadir un novo lugar habitual de falecemento que cobra cada vez máis peso nas persoas maiores: a residencia. O aumento de mortes en residencias podería estar relacionado con múltiples factores e cambios de carácter económico e sociodemográfico, pero tamén ideolóxico, como a dificultade da conciliación familiar e laboral cos conseguíntes problemas para o coidado dos maiores na casa; o incremento da esperanza de vida en mulleres que eleva o número de viúvas que, a súa vez, teñen maior probabilidade de finalizar a súa vida en centros residenciais; o desartellamento da unidade económica doméstica propia da sociedade rural; as dificultades de acceso á vivenda propia e que esta poida acoller a varios membros; a perda da familia estendida ou o xa citado cambio de mentalidade cara ao individualismo que afecta ao sentido de obrigación de coidado do grupo familiar.

Nun recente e pioneiro estudo publicado en 2020 na revista *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* e que leva por título *Lugar de fallecimiento de las personas con enfermedades susceptibles de cuidados paliativos en las diferentes comunidades autónomas de España*² estúdase con detalle o lugar da morte, tanto debida a causas oncolóxicas como non oncolóxicas, de persoas susceptibles de

2 https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272020000100008#:~:text=Por%20CA%2C%20el%20porcentaje%20de,variaron%20entre%204%2C4%25%20en

coidados paliativos nas diferentes comunidades autónomas. Os datos a este respecto son claros. No período analizado, do ano 2012 ao 2015, producíronse 1.611.767 mortes deste tipo, das cales a defunción en hospital foi un 77 % máis frecuente que no domicilio, e en residencia un 53 % menor ou, se se quere, a morte en residencia foi menos da metade que no domicilio. En datos porcentuais, o 54,6 % dos falecementos por causas susceptibles de coidados paliativos produciuse no hospital, o 30,4 % no domicilio e o 14,5 % en residencia. O interesante é que, cando se analizan estas cifras por comunidades autónomas, a porcentaxe de falecementos en hospital varía entre o 49,8 % de Galicia e o 76,4 % de Canarias, inverténdose esta situación nos falecementos en domicilio, cun mínimo de 19,3 % en Canarias e un máximo de 40,4 % en Galicia. Isto quere dicir que, aínda que a porcentaxe de mortes en hospital se está incrementando en Galicia, aínda está moi por debaixo do que acontece noutras zonas de España. En canto á porcentaxe de falecemento en residencias os datos do estudo indican que en Galicia ronda o 10 %. Dos resultados desta investigación, a primeira en examinar as variacións por CCAA no lugar de morte das persoas, conclúese que na actualidade a probabilidade de falecer no hospital é sempre maior que a de falecer no domicilio ou na residencia. Ademais, percíbese tamén un descenso de mortes nos domicilios e un aumento de falecementos en residencias. Teñen maior probabilidade de falecer nun hospital as persoas máis novas e os residentes en concellos de maior tamaño. En canto á probabilidade de falecer por causas susceptibles de coidados paliativos nunha residencia no canto de no domicilio, teñen maior probabilidade as persoas quen non están casadas (solteiros, viúvos ou separados) e as mulleres.

Malia o que poida parecer *a priori*, o incremento de falecementos no hospital é algo característico de países cunha menor integración da atención paliativa, pois o incremento de mortes en domicilio sería característico de

países con sistemas de coidados paliativos ben desenvolvidos, e o incremento no número de decesos que se producen en residencias sería característico de países en estadios avanzados de integración dos coidados paliativos, como Alemaña ou Bélxica. Con todo, estes países amosan tamén unha diminución das mortes hospitalarias, o que non acontece no noso país. Polo que o estudo conclúe que, segundo os últimos *rankings* e atlas europeos sobre o desenvolvemento dos coidados paliativos, non parecen indicar unha maior integración destes en España.

Vemos, pois, que as transformacións socioeconómicas e culturais das últimas décadas afectan directamente ao lugar onde se falece e isto vai condicionar fortemente as seguintes etapas do proceso social da morte: a xestión do corpo morto, o velorio e o traslado do falecido. Pero tamén condiciona a fase previa á morte: a despedida. Un dos ritos que desaparecen con esta transformación do espazo de morte é o de ir levar os sacramentos. Cando unha persoa estaba moribunda na casa había que levarlle os sacramentos para darlle a extrema unción e que puidese morrer en paz. O párroco acompañado do sancristán e os fregueses dirixíanse, entón, en comitiva á casa do enfermo desafiado para proceder co rito. Como dicía unha das miñas informantes de Doade, Lalín, a Sra. Elsa López: «*E iba o cura. Íbamos realmente toda a parroquia, eh. Polo menos un de cada casa*» (Quintía, 2021: 157). A despedida do que ía morrer en breve era comunitaria. Hoxe en día, por motivos da propia normativa hospitalaria, esa despedida está moi limitada a uns poucos familiares e, no caso dos católicos que o demanden, o cura procede a dar a extrema unción en privado.

2/ A xestión do corpo morto no transo

A existencia dunha nova lexislación mortuoria que modifica a anterior e incrementa os procesos e trámites é un dos elementos que máis clara e directamente está afectando á

praxe ritual funeraria. O Decreto 151/2014, de 20 de novembro, de sanidade mortuoria de Galicia dedica o seu capítulo IV ás prácticas sanitarias sobre cadáveres. Establécense unhas normas xerais, as técnicas admitidas para a preservación de cadáveres, os requisitos das técnicas de tanatopraxia, tanatoestética e tanatoplastia, así como as condicións para a exposición do cadáver nun lugar público distinto dos establecidos no presente decreto. É dicir, a normativa actual vén a regular e limitar os procedementos que eran tradicionais na xestión do corpo morto e na súa exposición para o velorio. Xa nos son as familias, maioritariamente as mulleres, as que xestionan o corpo do falecido para facilitar tanto o seu tronso como o seu acompañamento final senón que son profesionais contratados quen realizan ese labor. Isto é, externalízase a xestión do cadáver, do defunto, en persoas alleas á familia e ao grupo social próximo. Esta externalización da xestión do morto e da organización do propio velorio fai que desaparezan determinados ritos que se consideraban importantes para facilitar o tronso do defunto e unha boa morte. Estes son, segundo Marcial Gondar (1989: 15-16), que o defunto estea sempre acompañado de xente amiga na que poder apoiarse e que a poida reconfortar no último momento, que teña quen lle coloque «cousas boas» para axudalo a facer con ben o camiño ao alén, ter quen dialogue con el, levarlle o viático ou facerlle recomendación da alma, rezarlle ou pórle unha vela da Candeloria ou do Xoves santo nas mans, entre outras.

3/ O locus do velorio

Independentemente do lugar onde se produza o falecemento (casa/residencia ou hospital), actualmente poucos son os que seguen velando ao morto na casa, malia que isto segue sendo legal. O velorio no fogar vese xa como algo do pasado e de «xentes de aldea». Aléganse medidas sanitarias ou unha maior comodidade e mellor servizo para decidir despedir ao

falecido no tanatorio. Asemade, a crecente demanda de privacidade e tranquilidade neste tronso fai que a maioría das familias opten por externalizar estes servizos. Prodúcese así a especialización e profesionalización do tronso e a deslocalización do rito que abandona o núcleo do fogar familiar para desprazarse a un lugar alleo e aséptico. No tanatorio todo está organizado e profesionalizado en mans alleas á familia e á comunidade formada polos veciños do defunto.

Galicia conta cuns 350 tanatorios e crematorios e unhas 600 empresas funerarias especializadas que ofrecen diferentes servizos e equipamentos, como poden ser capela, salas de oración, salas velatorias, servizos de floraría, exposición de féretros e cafetería, incineración e cremación en fornos crematorios, servizo de tanatopraxia e tanatoestética, atención 24 horas ou incluso a xestión de trámites da persoa falecida e os servizos de asistencia ás familias no proceso de dó. O primeiro tanatorio en España inaugurouse no ano 1968 en Barcelona, o tanatorio Sancho de Ávila, e a partir de aí estendéronse rapidamente por todo o territorio español, inicialmente polas cidades e vilas e logo xa por zonas rurais. Os primeiros tanatorios galegos foron os de Vigo, A Coruña, Ferrol e Vilagarcía, construídos nos anos 90 do pasado século. A partir de aí, pouco a pouco foron chegando aos concellos galegos e, malia que ao principio en moitas aldeas e parroquias galegas o tanatorio municipal apenas tiña uso, paseniñamente a xente foi deixando de celebrar os velorios na casa para facelo nestas instalacións acondicionadas para o último adeus.

Nos velorios tradicionais, pola contra, o fogar do falecido convertíase nun punto de centralidade social temporal, ao que acudían familiares, amigos e veciños. A casa abríase á comunidade e o defunto era velado todo o día e toda a noite. O velorio e a morte convértese nun feito social compartido por toda a colectividade que participa do feito. Como explica Gondar de maneira maxistral, este mecanis-

mo de agregación social ao redor da morte dun veciño ten tamén unha función terapéutica, non só da familia do falecido senón de toda a comunidade que sofre a perda:

Os afectados pola perda están rodeados arreo de parentes, veciños e coñecidos. Eis un grupo que se vai reunindo e anovando ata que o cadáver marcha para o cemiterio —os máis achegados aínda han voltar pola casa para despedírense e, sobre todo antes, celebra-lo banquete—, e que desempeña unha función semellante á dos anticorpos ó se concentraren na zona lesionada do organismo (Gondar, 1989: 69).

O velorio na casa do defunto levaba implícita a autoxestión do proceso. As mulleres, como dadoras da vida, son tamén as xestoras privilegiadas do transo. Polo xeral elas eran as que lavaban o corpo do defunto, o vestían e acondicionaban para ser exposto e velado. Para iso librábase un cuarto, deixábase a caixa colocada no centro, ou o defunto sobre a cama, alumeábase con velas e adoitaba colocarse a cruz parroquial e o caldeiro coa auga bendita. A continuación, transcribo algúns testemuños recollidos no meu traballo *Patrimonio Inmaterial de Doade* (2021: 158-160). O Sr. José Luis Toimil López describe a preparación do cuarto para velar o defunto: «*Os velorios eran na casa. Daquela non había tanatorios nin había cousas desas. Librábase un cuarto, púñase aí no cuarto, a xente pois viña, rezáballe, dáballle o pésame ós familiares. De noite se cadra tomaban un café*».

Temos máis datos ofrecidos pola Sra. Mercedes Calviño:

Esto na casa, a caixa aberta eeh. Poñíanlle unha cruz enfrente, poñíanlle unha cruz enfrente, o estandarte que era o, se iba buscar á igrexa, o estandarte o poñían alí tamén ó lado, ó lado da cruz. E logo despois poñían o que era a caixa e poñían despois como, como se chaman esas que se queiman? Como... as mariposas en aceite. E auga bendita, si, e auga bendita si, que iba a rezar, que me facía moita gracia, porque iba a rezar e poñías o cacharro da auga bendita detrás entón despois de rezar botabas a aghua bendita, a xente tamén o facía,

si, a xente tamén o facía. Si porque estaba alí para, para a xente.

A Sra. Luísa Fernández fala tamén doutro tipo de «cousas boas» coas que se adobía ao defunto para facilitar o seu transo:

Taba alí nunha habitación. Había unha habitación, poñíase alí na habitación e despois a xente iba alí. Había sillas por alí arredor pa se senta-la xente e estaban alí toda a noite ou non sei o tempo que estaban. Eu teño idea de que (o crucifixo) o traían pá casa porque antes a xente morría nas casas. Eu creo que o tiña na casa pa eso. Pa cando alghén estaba pa morrer pois poñíanlle a cruz alí na cabeceira, ou por alí.

O uso de todos estes obxectos (cruces, auga bendita, amuletos, rosarios, escapularios etc.) denominados popularmente «cousas boas» e que se puñan xunto ao morto para axudarlle na súa derradeira viaxe é outra das prácticas que se está vendo alterada ou, directamente, eliminada coa xestión do morto nos tanatorios.

Unha práctica habitual nos velorios era o banquete funerario. A xente que acudía ao velorio era convidada a cear e non faltaba tampouco a bebida (café ou caña) para todos os asistentes. A Sra. Mari Carmen Fernández Dobarro, de San Martiño, fala deses banquetes funerarios:

Si, si, en vez de ser un enterro era unha festa. Pa min hoxe. Uff, acórdome, acórdome pouco pero do que me acordo é do meu bisabuelo e fixeran, non estivo aquí e el era da parroquia do Concello do Irixe, i morrera bueno, imos comer, non sei que, primeiro enterrárono, tal. Despois fixeron cocido, igual ca unha festa así-e, Quedara xente, veciños, facendo a comida. Si, si, eso si, toda a noite (velando), si. E despois alá a xente iba cenar, e volvíaa, tal, non sei que, pero despois alá por, claro, toda a noite... a xente botaba contos.

A tradición de comer nos velorios era tan habitual que a Sra. Mercedes Calviño dinos que



Foto cedida polo autor

ata había xente que ía aos enterros só pola comida:

Había xente, me recordo, non aquí xa, eso fáloche xa de Lalín pero bueno, e aquí habería tamén pero eu non macordo, que, despois como che daban algo de, pois o café, ou ó mellor pois tomabas algo e tal, que había xente que se dedicaba a ir a, ós velatorios a quedar e decían que iban pola comida, o sea polo que lle daban, sabes?, eee, e eso si, eu que sei...

Os velorios e os enterros adoitaban ser moi concorridos, coma aínda se fai hoxe. É costume que de cada casa da parroquia vaia un representante familiar a presentar os seus respectos á familia do defunto. Que nun enterro haxa moita xente é sinal de que o veciño era ben querido ou que era unha persoa importante na comunidade ou con certo rango. A Sr. Mercedes Calviño fala de canta xente acudir ao enterro do seu avó e da necesidade de apuntalar a sala do velorio para evitar que o piso caera abaixo como xa tiña acontecido noutros velorios:

O tema este mira, eu macordo, eu na miña casa deso non macordo, que mo contan que eu tiña seis anos cando morreu meu abuelo pero creo que, imáinate como era daquela pos que o comedor onde o iban a poñer, pois que tiveron que apuntalalo, sabes?, houbo que apuntalalo pa que a xente non se viñera pa baixo porque bueno, era un home bastante conocido e entón se contaban con moita xente, e tiveron que apuntala-lo, o comedor para abaixo e se iba e botabas alí, os veciños a xente máis cercana botaba alí a noite pos de contos, logo despois se facía café, se sacaba agardente e botábase alí de noite pois de contos toda a noite.

Nos velorios actuais, reclusos nun tanatorio a miúdo fóra da aldea ou da parroquia, pasamos do social ao privado, do comunitario ao individual ou familiar. Como exemplo desta tendencia cara á privacidade e o illamento no rito funerario, transcribo o texto que figu-

ra na web da funeraria San Marcos³ ao falar dos servizos que ofrece o tanatorio de Marín: «*El Tanatorio de Marín, es un edificio concebido para proporcionar una estancia agradable a los familiares de los fallecidos en momentos tan duros. La ubicación, así como el aislamiento de la edificación permiten preservar en todo momento la intimidad de los familiares*».

O velorio do cadáver no tanatorio vén rexido pola lei, non polo costume. Segundo o Artigo 10 do Decreto 151/2014, de 20 de novembro, de sanidade mortuoria de Galicia, a zona de exposición do cadáver deberá constar, como mínimo, de dúas áreas incomunicadas entre si e separadas por unha cristaleira impracticable: unha área para a exposición do cadáver, que debe contar con refrixeración para asegurar unha temperatura entre 4 e 8 graos centígrados e disporá dun termómetro indicador visible desde o exterior; e unha segunda área para o dó.

É moi significativo e esclarecedor de como se concibe na actualidade a morte que a propia normativa instaure legalmente a separación entre vivos e mortos a través dunha barreira física que impide tocar ou bicar ao morto. Algo que era e é frecuente cando se vela ao defunto na casa. A normativa, a través da instauración desta barreira física, impide o último contacto co morto, a despedida física, segundo as necesidades emocionais de cada persoa, e a posibilidade de tocar o cadáver, algo moi necesario en certos casos de morte traumática onde a familia precisa este acto de tocar ao morto para constatar que a morte do seu ser querido é real, para dar a última despedida, aberta ou bico e para axudar a aceptar o sucedido. Perdemos, pois, valiosos mecanismos que axudaban á xestión do dó.

4/ O traslado do morto

Ata hai unhas décadas o traslado do corpo desde a casa ata a igrexa e o cemiterio facíase

3 <https://funerariasanmarcos.es/centro/tanatorio-marin>

a pé ou en carro. Eu mesmo aínda teño participado nalgún traslado a pé hai apenas doce anos. O traslado a pé configúrase como un rito de acompañamento do cadáver no seu último percorrido da casa ao campo santo onde gardará eterno descanso, segundo a crenza xeral. No percorrido o cura e sancristán abren a comitiva e os veciños e familiares acompañan ao morto levando a caixa a ombreiros algúns dos máis achegados. Sucédense os responsos e ofrecementos pola ánima do defunto. A comitiva percorre unha xeografía da morte perfectamente estruturada desde a antigüidade e por todos coñecida e respectada, é o camiño dos defuntos que leva ao cemiterio, cos seus cruceiros, pousadoiros e petos de ánimas. Todo o proceso vai acompañado dunha comunicación sonora a través dos toques de

campás que marcan cada etapa do proceso, facendo partícipe a toda a comunidade.

A nova normativa establece que o traslado do cadáver debe ser en coche fúnebre. O artigo 13 do Decreto 151/2014, de 20 de novembro, de sanidade mortuoria de Galicia cita os medios de transporte permitidos: «o transporte de cadáveres ou restos cadavéricos só se poderá efectuar nos medios de transporte enumerados no presente artigo» e que serán coches fúnebres, furgóns de ferrocarril das características que sinalen os ministerios competentes e avións ou buques de acordo coas normas que rexan nos convenios internacionais e que esixan as compañías de navegación aérea ou marítima. A consecuencia é que se priva á comunidade dese acompañamento pausado e despedida colectiva da última viaxe, cousa



Fotos cedidas polo autor

que, por outra banda, agás en pequenas vilas ou aldeas, é xa case imposible nos núcleos urbanos actuais onde as necesidades da vida serían incompatibles coa organización de semellante comitiva mortuoria polas rúas e, ademais, as distancias entre hospital, casa ou tanatorio, e a igrexa e o cemiterio adoitan ser longas. Pero a eliminación do traslado a pé tamén supón á desaparición, desuso ou esquecemento de determinados elementos etnográficos do noso patrimonio cultural referentes á cultura da morte e o desdebuxamento do «camiño dos mortos» como elemento artellador

da construción cultural da paisaxe nas zonas rurais.

5/ A xestión dos restos mortais

Ata finais do século pasado só había unha opción en Galicia para xestionar os restos mortais: a inhumación ou enterro. O 21 de xuño de 1994, a Empresa Mixta de Servizos Mortuorios de Vigo inauguraba no Tanatorio de Pereiró o primeiro forno crematorio de cadáveres humanos de Galicia. A partir desa data e ata a actualidade, as persoas contan con dúas alternativas para facerse cargo dos seus restos



Foto cedida polo autor

tras o falecemento: a inhumación e a cremación.

A inhumación ou enterro tradicional pode levarse a cabo en fosa, nicho ou panteón. A normativa vixente define o cemiterio como:

El recinto cerrado adecuado para inhumar restos humanos, que cuenta con la oportuna licencia municipal y demás requisitos reglamentarios. Dentro de sus límites podrán existir instalaciones o establecimientos funerarios descritos en este decreto.

Cenicero: depósito para los restos cadavéricos.

Cenizas: lo que queda de un cadáver, restos humanos o restos cadavéricos tras la incineración.

Columbarios: depósitos para urnas con las cenizas procedentes de la incineración.

En canto á localización dos cemiterios de nova construción, esta vén regulamentada no Artigo 25. Localización de cemiterios de nova construción:

1. *O emprazamento dos cemiterios de nova construción virá determinado nos instrumentos de planeamento municipais. No caso de que non exista planeamento, a entidade local recadará o parecer das consellerías con competencias en ordenación do territorio e patrimonio cultural, respectivamente.*
2. *Arredor do solo destinado á construción dun novo cemiterio establécese un perímetro de 50 metros de largo totalmente libre de todo tipo de construción, medida a partir do peche exterior do cemiterio. Para os efectos previstos neste artigo, poderán situarse dentro dese perímetro os edificios e instalacións de carácter relixioso ou destinados a servizos funerarios.*

Xa desde o século XIX, aludindo a problemas de saúde pública e medidas hixienistas, marcáronse as bases legais para as construcións dos novos cemiterios en situacións periféricas aos núcleos urbanos, cousa que suscitou moita resistencia no seu tempo, dilatando anos estes proxectos (Durán et al., 2006). Unha Circular de 28 de xuño de 1804 establecía as bases para a construción dos camposantos, insistindo no

xa exposto na Real Cédula de 3 de abril de 1787, emitida por Carlos III, relativa ao uso e construción das necrópoles. Esta Circular indicaba que os cemiterios deberían localizarse en: «*Parajes bien ventilados y cuyo terreno por su calidad sea el mas a propósito para absorber los miasmas pútridos, y facilitar la pronta consumación y disecación de los cadáveres, evitando el mas remoto riesgo de filtración o comunicación con las aguas potables del vecindario*» (Durán et al., 2006: 442-446).

As ordenanzas urbanas actuais son continuistas desta política e tenden a construír os cemiterios nas aforas das vilas, afastando e illando cada vez máis aos mortos da comunidade dos vivos. Rómpease así a tradicional convivencia que existiu en Galicia entre a parroquia dos vivos e a parroquia dos mortos. Relación marcada física e xeograficamente pola existencia do cemiterio xunto á igrexa, conformando o núcleo de centralidade da parroquia ao redor do adro. Un espazo de celebración, de socialización, de xogo e de festa onde os vivos conviven e comparten espazo cos mortos.

En canto á cremación, as cinzas do defunto poden depositarse nun columbario, levarse para casa da familia ou botalas en determinados lugares permitidos legalmente. A normativa sobre a incineración de cadáveres establece no artigo 23 do citado decreto que:

1. *A incineración de cadáveres poderase realizar unha vez obtida a licenza de enterramento, despois das 24 horas e antes das 48 horas posteriores ao falecemento, con excepción dos cadáveres conservados, conxelados ou embalsamados, que se rexerán polos prazos previstos no presente decreto.*
2. *As cinzas resultantes da incineración colocaranse en urnas destinadas para o efecto, no exterior das cales figurará obrigatoriamente o nome do defunto, e serán entregadas á familia ou ao seu representante legal para o seu posterior depósito en sepultura, columbario, propiedade privada ou outro destino compatible coas normas ambientais e sanitarias vixentes.*

A elección dun ou outro método vén marcado pola tradición, as crenzas relixiosas do defun-

to e da familia e polas posibilidades económicas e dispoñibilidade de espazo. Nas cidades, a falta de espazo para cemiterios e para albergar en tumbas a todos os falecidos anualmente, así como o encarecemento dos nichos fai que se opte a miúdo pola cremación. Nas zonas rurais esta falta de espazo e encarecemento non é tan acusada e a inhumación segue sendo o máis habitual.

En canto á incineración, España é o país de Europa con máis fornos crematorios. Segundo datos do ano 2023 subministrados pola Asociación Nacional de Servicios Funerarios en España, existen 537 crematorios e 17.682 cemiterios (datos do 2021). En Galicia o número de crematorios está na vintena, o que supón

un 5,58 % do total do estado. A porcentaxe de cremacións entre os falecidos é do 45,5 % (datos 2020) e supón unha práctica máis común en zonas urbanas que en rurais. De todos os xeitos, esta forma de xestión do cadáver triplícouse en quince anos.

O incremento da cremación, incluso entre os católicos, levou a que a Igrexa católica ditase en outubro de 2016 novas regras para a cremación, que se recollen no documento *Para resucitar con Cristo (Ad resurgendum cum Christo)*. Establécese que a cremación dos defuntos «*non é contraria á doutrina da Igrexa*», pero dispóñense rixidas regras sobre a conservación das cinzas. O propio papa Francisco sinalou que «*non está permitida a conservación das cinzas no fogar*», excep-



Foto cedida polo autor

to en «casos de graves e excepcionais circunstancias», e en ningún caso «poden ser divididas entre os diferentes núcleos familiares». Proíbese que se boten na natureza ou se garden na casa. Segundo o pontífice, os restos incinerados deben «manterse nun lugar sagrado». En concreto, «no cemiterio ou, se é o caso, nunha igrexa ou nunha área especialmente adicada a tal fin pola autoridade eclesiástica competente». O texto deixa clara a preferencia da Igrexa católica pola inhumación en sepultura pois ten a vantaxe, segundo explican, de «que favorece a compaixón e o respecto aos corpos así como a lembranza e a oración», pero a cremación é unha alternativa relixiosamente válida.

Malia os cambios acontecidos na normativa de cemiterios, na forma de xestionar os restos mortais ou no eido das crenzas relixiosas, as cerimoniais funerarias relixiosas, en datos do 2020, foron o 86,4 %, fronte ao 13,6 % de cerimonia civil.

6/ Cambios na comunicación do falecemento

Todas estas transformacións, velorio do morto en tanatorios fóra da comunidade, cemiterios afastados do núcleo urbano ou o traslado do cadáver de forma anónima en coches, entre outros, afectou, case ata a desaparición, aos tradicionais mecanismos de comunicación sonora do transo, nomeadamente, aos toques de campás.

Os toques de sinos a defuntos (Quintía e Rodríguez, 2017: 70-72) son aqueles toques que se dan cando falece algún veciño da parroquia. Dependendo das parroquias temos distintos matices nos toques. Había parroquias que indicaban mediante o toque dos sinos non só o sexo, estado civil ou idade aproximada, senón tamén o barrio do finado ou a confraría a que pertencía o defunto, polo que os toques poden ter distinta forma e cadencia. Podemos distinguir os seguintes toques a defunto:

— **Toque de Anxeliño:** Un Anxeliño era un neno que morría antes de recibir a Primei-

ra Comunión (aos 7 anos aprox.) ou incluso calquera neno menor duns 12 anos. O toque que se daba para anunciar a morte dun Anxeliño é distinto do que anunciaba o falecemento dunha persoa de maior idade. Nalgunhas parroquias tocábase tamén cunha campá distinta.

— **Toque de defunto muller:** Cando a defunta é unha muller o toque de defunto é distinto do que se dá cando falece un varón. Se o patrón da parroquia é muller danse tres toques pola muller e dous polo home, en ambos os dous casos seguidos dunha carreira (repetidos toques de campá todos seguidos). Nalgunhas parroquias o número de toques son catro e tres.

— **Toque de defunto home:** Tipo de toque que se dá cando o defunto é un home. Presenta variacións dunha parroquia a outra segundo o patrón da mesma sexa un home ou unha muller, é dicir, un santo ou unha santa. Se o patrón da parroquia é home danse tres toques polo home máis a carreira e dous toques máis a carreira pola muller. Nalgunhas parroquias o número de toques son catro e tres.

O toque de defunto ten varias fases ou etapas. Primeiro comézase cuns toques para anunciar a morte cando o defunto aínda está na casa. No traslado ata igrexa séguense tocando as campás. Cando o defunto chega ao adro da igrexa faise un toque distinto aos anteriores, ben se acelera o toque ben danse dúas badaladas na campá pequena e unha na campá grande. Tamén se toca cando o morto sae da igrexa camiño do camposanto e incluso antigamente había un toque especial para o momento xusto en que o defunto era introducido no nicho ou na fosa, era o chamado toque de «tocar a terra». Os toques que se dan desde que sae o defunto da casa ata que chega á igrexa adoitan chamarse «acompañamento».

Xa que logo, a estrutura do toque de defuntos sería a seguinte:

- **1º sinal:** anuncio da defunción, normalmente neste toque xa se indica se é home ou muller, neno ou nena ou neno sen bautizar.
- **2º sinal:** toque de defunto
- **3º sinal:** cando sae o cura para buscar o defunto
- **4º sinal:** cando chega o defunto á igrexa
- **5º sinal:** cando se sae co defunto da igrexa camiño do cemiterio
- **6º sinal:** cando se enterra o defunto
- **Toque de entrada de defunto:** Nos funerais de corpo presente adóitase dar un toque de campá especial para o momento no que se introduce o cadaleito no recinto da igrexa, previamente á celebración do funeral.
- **Toque de cabo de ano ou funeral aniversario:** Tocábase para marcar o aniversario da morte dun veciño, ben para indicar o funeral dos 6 meses, ou ao cabo de ano. Neste toque non se diferenciaba entre home e muller, cómpre lembrar que o cura sempre anuncia na misa do domingo os cabodanos e funerais a celebrar durante a semana. Tócase no propio día do aniversario e, ás veces, tamén na véspera.
- **Toque a ánimas:** toque, hoxe desaparecido, que se executaba todos os días ás 20 h en inverno e ás 21 h no verán e que se facía como homenaxe ou recordatorio das ánimas.

Toda esta riqueza de toques de campás, esta profunda e complexa linguaxe sonora antano compartida pola comunidade hoxe, malia ser declarado ben e interese cultural de patrimonio inmaterial a nivel de toda España, está en perigo de desaparición debido á falla de uso, ao descoñecemento xeneralizado dos seus sig-

nificados e a desaparición dos campaneiros que os poidan executar.

As novas tecnoloxías que afectan aos medios de comunicación e as redes sociais fan tamén que as necrolóxicas impresas, os recordatorios e as notas necrolóxicas en prensa cada vez sexan máis escasas e se opte por comunicar o falecemento de xeito máis selectivo e discreto aos achegados vía telefónica, WhatsApp, con notas en Facebook ou incluso en Instagram e outras redes sociais. As novas tecnoloxías desbancan ás vellas formas de comunicar, máis colectivas e propias de sociedades e tempos onde o falecemento dun veciño era un suceso que afectaba a toda a comunidade.

CONCLUSIÓNS

Concluimos este artigo condensando de xeito breve algunhas das ideas máis salientables que se poden extraer deste traballo no que pretendemos abordar de xeito limitado un fenómeno tan complexo e multifactorial como é o da transformación dos ritos funerarios na Galicia actual. Sirvan as seguintes notas como conclusións finais do texto:

- 1/ O cambio ideolóxico** sufrido, sobre todo, na sociedade rural galega produce fondas transformacións no ritual funerario. O incremento da mentalidade individualista, o materialismo propio da sociedade capitalista, o laicismo dos estados modernos ou o xurdimento de novas relixións son algúns destes factores de carácter ideolóxico.
- 2/ O cambio social** provoca novas formas de xestionar os mortos e de relacionarnos entre nós e con eles.
- 3/ Detéctase** unha maior presenza do Estado en todo o que ten que ver coa morte e unha crecente burocratización do proceso. As normativas legais regulan cada fase do proceso dificultando ou prohibindo parte dos ritos que tradicionalmente eran co-

múns nos momentos da morte, sobre todo no ámbito rural.

- 4/ O cambio cultural xera unha nova forma de interactuar coa morte e de integrala. Existe un claro proceso de aculturación na sociedade galega que está ocasionando a perda de sofisticados e valiosos mecanismos vernáculos eficaces para xestionar de forma natural o dó, creando un baleiro existencial que ocasiona, con frecuencia, graves trastornos psicolóxicos por non ter ferramentas como individuos e como colectividade para xestionar o irremediable.

Bibliografía

Antón, F. M. & Mandianes, M. (1989). *O ciclo da vida*. Ir Indo edicións.

Cabañero-Martínez, M.J., Nolasco, A., Melchor, I., Fernández-Alcántara, M., & Cabrerro-García, J. (2020). Lugar de falecemento de las personas con enfermedades susceptibles de cuidados paliativos en las diferentes comunidades autónomas de España. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 43(1), 69-80. <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0856>

Cuba, X. R. (2005). Ánimas, aparecidos e mortos en compañía na tradición galega. *Actas das III Xornadas de literatura de tradición oral. Mitoloxía da morte: agoiros, ánimas e pantasmas*, pp. 81-93

Durán Villa, F. J., Sánchez García, J. A. & Fernández Fernández, C. M. (2006). Asilos de la muerte. Higiene, sanidad y arquitectura en los cementerios gallegos del siglo XIX. *SEMATA. Ciencias Sociais e Humanidades*, 17, pp. 435-472.

Gondar, M. (1989). *Romeiros do alén. Antropoloxía da morte en Galicia*. Edicións Xerais de Galicia.

López de Abajo, B. (2006). Convivencia con la muerte. Reflexiones de un médico forense rural. *SEMATA. Ciencias Sociais e Humanidades*, 17, pp. 511-522.

Lorenzo, X. (2004). *De varia etnografía*. La voz de Galicia.

Quintía, R. (2022). *Pola graza de deus. A relixiosidade popular en Galicia*. Ab Origine Edicións.

Quintía, R. (2021). *Patrimonio Inmaterial de San Pedro de Doade. Ourense: A Formiga Rabicha*.

Quintía, R. (2017). *Universos simbólicos. Olladas ao redor da cultura e da identidade galega*. Pontevedra: Ab Origine Edicións.

Quintía, R. & Rodríguez, R. (2017). *A linguaxe das campás. Etnografía dos sinos*. Pontevedra. A. C. Os Chichisos.



CONTOS

INFANCIA E
FANTASÍA: O PODER
TRANSFORMADOR
DOS CONTOS E O
SEU IMPACTO NO
DESENVOLVEMENTO

María Ángeles Goás Amado

*Mestra, Colexio La Salle Santiago de Compostela.
Contadora de contos, Asociación de Narración Oral
Galega (NOGA)*

contosangelesgoas@gmail.com

SUMARIO

CASTELÁN

COMO CITAR ESTE ARTIGO:

Goás Amado, M. A. (2024). Infancia e fantasía: O poder transformador dos contos e o seu impacto no desenvolvemento. *Anuario de Psicoloxía e Saúde*, 17, pp. 50–59. <https://copgalicia.gal/seccions/psicoloxia-e-saude/publicacions>

RESUMO

Este artigo fala do valor dos contos ao longo da historia e da importancia de crear espazos para a narración no contexto actual. Recuperar o contar e a tradición oral nas familias é fundamental para o crecemento e benestar da infancia.

PALABRAS CHAVE — Narración oral, contos, fantasía, tradición, desenvolvemento, arte.

ABSTRACT

This article discusses the value of stories throughout history and the importance of creating spaces for storytelling in the current context. Reviving storytelling and oral tradition within families is essential for the growth and well-being of children.

KEY WORDS — Oral storytelling, tales, fantasy, tradition, development, art.

Hai moito, moito tempo, nun lugar de Abadín chamado A Torre, unha muller sentaba a unha nena no seu colo e contáballe así:

Un día a María da Rosa e mais eu fomos ao muíño de Goás moer un ferrado de trigo. E foi chegar ao muíño e ver un meniño espido, pequeniño, morto de frío... e nós collémolo e levámolo para a casa e quentámolo na lareira... E cando lle pareceu, o meniño escapou pola cheminea dicindo: «Tataratí e tataratú as nenas do muíño quentáronme o cu!».

Esa nena é a que agora lembra e escribe, esa nena garda na memoria o inmenso pracer que foi para ela escoitar contos e, un pouco máis tarde, empezar a lellos.

E son consciente de que esas narracións, eses contos transmitidos de xeración en xeración, teñen un impacto significativo no mundo interior dos nenos como tiveron en min no seu momento.

Sempre me gustou escoitar e tiven moita curiosidade polas historias que se contaban na miña casa, un lugar onde, no día a día, pasaba moita xente a tomar café e a botar un conto.

E, foi na escola, o día que comecei a traballar como mestra de infantil, cando presenciei por primeira vez en vivo e en directo a maxia dos contos desde o lugar dunha contadora. Lembro que aquelas pequenas persoas que choraban por atoparse por primeira vez nunha contorna descoñecida cunha adulta descoñecida ían calmando a ansia de chorar a medida que escoitaban os contos que eu lles contaba.

Foi coma se aquelas criaturas se visen transportadas a un lugar diferente, coma se fixesen un nobelo que envolvese todos os seus medos mentres escoitaban, coma se lles fixese esquecer que estaban naquel lugar e os mergullasen nunha contorna máxica e segura. Iso son os contos: un lugar amparador para vivir experiencias, para emocionarse, para aprender, para satisfacer moitas curiosidades que xorden nas mentes infantís... Os contos son un alimento máis para os nosos nenos e nenas. A oralidade nutre a nivel psíquico e lingüístico

desde os primeiros minutos de vida, cando nos arrolan, cando nos cantan, cando nos contan con esa prosodia e musicalidade da lingua materna.

Pero isto non é de agora. Desde sempre, os contos foron un medio para comunicar e transmitir saberes e valores e representan un recurso moi efectivo no ensino e na transmisión de información. A arte de narrar contos é a máis antiga e coñecida e constitúe unha das primeiras formas conscientes de creación literaria.

Os nosos devanceiros compartían historias que axudaban a crear vínculos entre eles, que os mantiñan unidos, ao mesmo tempo que lles servían para explicar os misterios da humanidade: a orixe da vida, a creación do mundo, a morte ou a saída do sol... Compartían a sabedoría que acompañaba a cada relato e isto supoñía un ben para eles tanto a nivel persoal como grupal.

Pero tampouco hai que ir tan lonxe para atopar evidencias da tradición oral. A nós quédanos máis próximo o tempo dos nosos pais e avós, pois o contar formaba parte das súas vidas e cumpría unha importante función social nas pequenas comunidades rurais. Nas aldeas, a xente xuntábase para facer os traballos e durante e despois das tarefas cantábase e contábase. Moitas lareiras da nosa Galicia tiveron a oportunidade de dar calor nas longas noites de inverno acompañadas pola palabra de tantos contadores para os que contar contos era tan natural como respirar. Non hai máis que escoitar narrar aos nosos maiores para darnos conta de que o fan dunha maneira especial e de que teñen abondo repertorio de contos, lendas e cantos almacenados na súa memoria.

Eu aínda lembro algunha cousiña que me contaron de pequena coma a *Lenda do Xan de Candia*, *A pega e o raposo* ou o conto do *Camilo e o xigante* que podemos atopalos hoxe en *Galicia Encantada: Mitos, contos e lendas galegas* que, con

tanto agarimo, recolle e pon a disposición de todas as persoas Antonio Reigosa.

Ese legado foise mantendo na memoria colectiva das comunidades e foise transmitindo de xeración en xeración. O que pasa é que esas historias vanse deixando de contar a medida que perden significado na sociedade e moitas delas fóronse perdendo e outras vanse adaptando e cambiando segundo as necesidades e as circunstancias do momento. Aínda así, temos a sorte de contar coas que puideron preservarse tanto na páxina citada anterior-

mente como en diferentes catálogos e recompilacións.

Dinos Camiño Noia no limiar de *Contos galegos de tradición oral*:

Galicia, que viviu unha situación de atraso socio-cultural durante máis tempo que moitos países europeos, puido manter viva a tradición oral ata, practicamente, a década dos anos setenta. Mais, a partir desas datas, a emigración de familias enteiras ás cidades de Galicia e ao resto de Europa cambiou completamente as formas de vida da sociedade rural



Foto: Gabrielle Meschini

e, como consecuencia, contou a cadea de transmisión da literatura oral. Hai máis de trinta anos, pois, que os rapaces galegos non reciben os contos tradicionais da boca dos seus pais e avós e, en moi pouco tempo, as xeracións vindeiras descoñecerán o importante legado que supuxo esa forma de cultura espontánea e natural do pobo galego. Pero eses contos, coma as cántigas e os ditos populares, son un patrimonio que forma parte da lingua e da vida dos nosos devanceiros e, o mesmo que os monumentos arquitectónicos, deben ser conservados.

Estas palabras datan do 2002. Se daquela había trinta anos que a rapazada non recibía os contos tradicionais da boca dos pais, hoxe podemos dicir que hai máis de cincuenta e que a tradición oral foi esvaecendo bastante na nosa contorna. Agora o mundo vai a fume de carozo e tendemos a comunicarnos dun xeito

máis superficial e parándonos pouco co que nos rodea. Moitas familias séntense acoradas polas esixencias laborais, os compromisos sociais e as actividades dos fillos e fillas e queda pouco tempo para a interacción familiar en profundidade. Fomos perdendo espazo de conversas para dar lugar ao uso do televisor e doutro tipo de pantallas e todos sabemos que, nos fogares actuais, hai un lugar privilexiado para internet. Todo isto vai consumindo ese tempo que antes se dedicaba ás conversas ou aos contos, ese tempo que contribuía a estreitar os lazos na familia e creaba un ambiente seguro e libre para expresarse.

Doutra banda, estamos vendo que a nenez tende a ter cada vez máis actividades extraescolares, co cal o tempo non escasea so para os maiores, senón tamén para os pequenos. Ás veces semella que comezan a vivir estresados



Foto: Tima Miroshnichenko

desde ben pequenos porque teñen que aprender inglés, chinés, danza, xadrez... e tantas outras disciplinas que as familias consideren imprescindibles para a súa formación e para ser os mellores. O traballo e os compromisos extracurriculares tenden a deixar pouco espazo para a interacción familiar profunda e, esta falta de comunicación, pode ser significativa no desenvolvemento emocional e social da infancia, levando a dificultades na comunicación e no manexo das emocións tanto nos nenos coma nos adultos.

Non sei se será por iso que empeza a parecer que os nenos non saben escoitar e, cando chegan á escola, os mestres queixámonos de que cada vez prestan menos atención. Eu estou convencida de que este problema se debe, sobre todo, a que esta forma de vida que levamos agora acelerada e de sobrecargas non é a máis axeitada para educar e axudar ao desenvolvemento infantil.

Neste remuíño da vida que parece que nos come, de cando en vez, podemos e debemos facer pausas. Cando paramos a contar un conto aos nosos nenos e nenas estamos creando unha conexión auténtica con eles, dedicámoslles plena atención. Esta comunicación tende a ser emocional e aí, ademais de estar recibindo a nosa atención, o noso afecto e o noso tempo, estamos alimentando a súa autoestima porque lles facemos sentir que os queremos e que son importantes para nós.

Coas narracións podemos contrarrestar un pouco a Era Dixital na que vivimos, froito da rápida evolución tecnolóxica e onde se nos incita a modificar constantemente a nosa forma de vivir e de relacionarnos. Vivimos nun mundo interconectado que nos aporta ferramentas que facilitan a conexión e o intercambio de información, pero, por outra banda, aínda que soe contraditorio, afasta aos membros da familia entre si e lévanos a perder as conexións interpersoais naturais e tamén certas tradicións da nosa infancia, coma o feito de compartir historias ou dedicar tempo simplemente

a falar. Ás veces semella que estas actividades quedan gardadas para a escola, a televisión ou a narración profesional.

Hai quen di que, hoxe, o máis valioso que temos as persoas é o tempo. E cando na familia se comparten momentos, cando se regala tempo, cando se contan historias, estamos enviando unha mensaxe moi importante aos nosos fillos e esa mensaxe é, simplemente, que nos importan. Narrar é darlles momentos, miralos aos ollos e deixar que vexan máis aló das palabras, narrar é deixar por un anaco ese mundo acelerado no que estamos mergullados e facer que os nosos pequenos sintan a felicidade de saber que son o máis importante para nós.

Tamén estamos vendo que hai unha tendencia a usar os contos coma se fosen medicamentos, pequenas píulas que resoven problemas específicos; as familias buscan solucións para a superación dos celos, para deixar o cueiro, para explicar a morte... e, en efecto, debemos recoñecer o valor dos contos como ferramentas terapéuticas. Hai dificultades e problemáticas que se poden traballar con axuda das narracións coma, por exemplo, os medos, ansiedades, problemas de conduta, rivalidades, perdas, cambios familiares... Isto non é nada novo, porque a utilización dos contos con fins terapéuticos é tan antiga coma a propia humanidade.

O que é relativamente novo é buscar escribir ou contar contos «seguros» que evitan os problemas ou que os tratan con demasiada lixeireza, contos onde se trata de protexer aos nenos a toda costa da realidade, onde non hai malos, onde os lobos son bos e non teñen fame de comer Carapuchiñas. E, cando se crea un conto coa intención de levar a un neno a un terreo determinado, o resultado, normalmente, é insulso e, seguramente, non teñamos tanto éxito nin a historia chame tanto a atención. Por iso, Bruno Bettelheim fala deste xeito:

Moitos pais están convencidos de que os nenos deberían presenciar tan so a realidade consciente ou as imaxes agradables e que colman os seus desexos,

é dicir, deberían coñecer unicamente o lado bo das cousas. Pero este mundo dunha soa cara nutre a mente de modo unilateral, pois a vida real non sempre é agradable [...].

As historias modernas que se escriben para os nenos evitan, xeralmente, estes problemas existenciais, aínda que sexan cruciais para todos nós. O neno necesita máis que ninguén que lle dean propostas, en forma simbólica, de como debe tratar con tales historias e avanzar sen perigo cara a madurez. As historias «seguras» non mencionan nin a morte nin o envellecemento, límites da nosa existencia, nin o desexo da vida eterna. Mentres que, pola contra, os contos de fadas enfrontan debidamente ao neno cos conflitos humanos básicos.

Os contos tradicionais axúdannos a traballar de forma inconsciente porque conteñen símbolos e arquetipos que representan emocións, conflitos e desexos humanos. Ao identificarse con estes símbolos, as persoas poden procesar disputas internas sen ter que confrontalas directamente, tamén nos permiten reflexionar, conectar cos nosos pensamentos e sentimentos de maneira máis profunda para axudarnos a sandar feridas emocionais e facilitar o acceso á sabedoría interna promovendo, así, o crecemento persoal.

Malia todo isto, o que nunca debemos esquecer é que hai un motivo suficientemente importante para contar contos aos nenos e é que lles encanta. Como mestra e contadora, podo dar fe disto. Así que na busca das historias debemos ter sempre en conta o pracer que producen. Día tras día observo que ata os nenos máis inquedaos sucumben ante a maxia da narración de contos. Aínda así, non pensemos que todos os contos son iguais, a infancia é esixente á hora de escoitar e precisa de calidade literaria e bos materiais.

Tamén me atrevo a dicir que, pola curiosidade innata que temos, a estas persoas pequenas tamén lles gusta escoitar anécdotas persoais. Xa sabemos que os contos veñen e van, os contos vanse fiando uns con outros e levan á

conversa e a seguir compartindo a outros niveis. A min gústame moito iniciar conversas na aula partindo de algo que me pasou e, desde aí, dar pé a seguir conversando e contado, porque un conto chama outro e así é como se van enganchando, uns con outros.

Recentemente estaba na aula co meu alumnado de 4 anos e foise a luz. As nenas e nenos empezaron a rir e a berrar pola situación e eu uninme á festa. En nada lembrei algo que me pasou de pequena e conteilles:

Un día, cando eu era pequena, estaba ceando na casa dos meus avós e marchou a luz. Como era de noite quedamos completamente ás escuras e, naquela escuridade, pensando que ninguén me ía ver, aproveitei para estirar o brazo ata o azucreiro que estaba enriba da mesa, collín a culler que había dentro cargada de azucre e metína na boca... E xusto cando a metín na boca volveu a luz!

Escoitaron con suma atención os segundos que durou a narración e despois empezaron a seguir o fio:

- *Un día, na miña casa, estropeouse a luz e o meu papá chamou a un señor que arregla a luz e arreglouna.*
- *Cando era pequeno foise a luz e estaba na miña casa durmindo e despois escondínome debaixo da cama.*
- *Un día, cando Oliver durmiu na miña casa, a luz estropeouse, pero collemos a lanterna e a luz volveu súper rápido.*
- *Un día, na miña aldea, cando se apagou a luz, tiñamos unha lanterna e non funcionaba porque non tiña pilas e puxémoslle pilas e xa funcionou.*
- *Un día, estaba na sala vendo os debuxos e todas as luces estaban apagadas e fun para a cociña e apagouse a luz, fun para a cama e apagouse a luz e despois fíxose de día e seguiron todas as luces apagadas.*

É moi fermoso contar e deixar que che conten, un xeito de compartir que crea lazos e xera un ambiente de confianza na aula. Quen comparte deste xeito sinte que esperta interese



Foto: Archee Lal

polo que quere contar e descubre o valor de que os outros tamén contan.

Como di Sara C. Bryant «*os contos son, ante todo, pequenas obras mestras. Son fontes de distracción que inspiran e motivan tanto ao oínte coma ao narrador*». Polo tanto, o obxectivo principal de contar un conto é que os nenos se marabilen e todo o demais virá engadido.

Os contos de fadas, as fábulas e os mitos cativaron as nosas infancia e as infancia dos nosos devanceiros porque foron capaces de transportarnos a terras recónditas onde vivían heroes e criaturas fantásticas. Estas historias non so entreteñen, tamén son útiles para traballar a distintos niveis, por iso non podemos esquecer a morea de beneficios subxacentes a elas.

Os contos son reflexo das vivencias humanas. Cando un neno se mergulla no mundo fantástico pode escapar do lugar onde está e experimentar emocións que lle axudan a procesar as súas propias vivencias e sentimentos. Os di-

ferentes personaxes que aparecen nos contos, princesas, magos, dragóns... son vehículos de exploración de conceptos coma a amizade, a valentía ou a superación de obstáculos.

Identificarse cos protagonistas non supón ningún esforzo e, así, viven as súas propias experiencias a través desas historias que, por riba, na maioría dos casos chegan a un final feliz e isto sempre vai deixar unha sensación de benestar.

A infancia é un período no que a imaxinación e a fantasía xogan un papel de grande interese para o desenvolvemento. Os contos e as historias son potentes ferramentas que permiten aos nosos pequechos abrirse a descubrir e explorar novos mundos con diferentes realidades e perspectivas e, así, expandir a súa creatividade e, tamén, aprender leccións sobre a vida.

Os contos son portas abertas cara a aventura, permiten que acompañemos ao heroe que sae da súa aldea, onde se sente seguro, para vivir unha aventura e para facer unha viaxe que nunca sabe como vai acabar. Poñémonos en camiño con el e imos recreando a historia na nosa mente, unha historia única, diferente da historia que crea calquera outra persoa que a escoite ao noso carón. E así, deste xeito, os nenos e nenas van desenvolvendo a imaxinación e a creatividade, porque calquera oínte é coautor da historia, imaxinando personaxes e creando os contextos pertinentes na súa mente.

As historias tamén proporcionan un gusto polo dramático e a través do xogo dramático aparece a expresión de emocións, sentimentos e necesidades. Ás veces hai cousas que non se atreven a dicir e, grazas a poder meterse dentro do personaxe dun conto, terán a posibilidade de expresalo.

Desde o punto de vista da psicoloxía do desenvolvemento, a narración oral tamén fomenta

habilidades cognitivas como poden ser a memoria ou a atención e favorecen os procesos de construción do pensamento e da linguaxe, sentando as bases para a adquisición da lectura, mellorando e ampliando o vocabulario, proporcionando confianza nos propios recursos e despertando a curiosidade por aprender cousas novas.

Ademais de ser entretidos, os contos tamén son unha ferramenta no desenvolvemento emocional dos nenos, é por isto que desde a psicoloxía se reconece a importancia da fantasía e a narración de contos na infancia na construción da identidade, na creatividade e a resiliencia emocional dos nenos. A narración oral sempre brinda un espazo seguro para coñecer, identificar e integrar as emocións e procesar situacións complexas.

Así mesmo, serven para desenvolver o sentido do humor, son vehículos para traballar valores e aumentan a capacidade para interaccionar coa contorna social. Ofrecen a posibilidade



Foto: Laura Fuhrman

aos nenos de identificarse cos heroes e, así, enfrontar desafíos e resolver conflitos dunha maneira simbólica. Esta experiencia axúdalles a fortalecer a súa autoconfianza, a desenvolver habilidades sociais e a comprender mellor o mundo que nos rodea.

En conclusión, os contos atraparon desde sempre ao ser humano e foron un moi bo recurso de transmisión de coñecementos e valores. Ao abordar a comunicación familiar e a narración de contos no contexto actual, é preciso recoñecer os retos que proxecta o noso mundo tan marcado pola tecnoloxía e no que a tradición oral se vai perdendo. Sería interesante promover espazos e oportunidades para reconectar coas conversas e os contos nas familias.

A combinación de infancia, fantasía, contos e narración oral é unha poderosa ferramenta para enriquecer a vida dos nenos, promovendo o seu desenvolvemento integral a nivel cognitivo, emocional e social. Ao fomentar a narración de contos e o mundo da fantasía na infancia, constrúese unha cimentación sólida para o crecemento e o benestar dos nenos no seu camiño cara a adultez.

Así que quedemos cos contos, coa súa sonoridade, co seus ritmos e deixémoslles que nos axuden a atopar o sentido da vida, a entendernos e a entender aos outros, a establecer relacións significativas. Contemos no escano detrás da cociña, á calor da lareira, no salón, no parque, na cama... e perpetuemos as historias xeración tras xeración.

Sempre hai motivos para contar e contar debería ser unha actividade do día a día. Podemos facelo usando libros, contar contos que nos contaron ou inventados, contar anécdotas propias ou de outros... Todas as persoas sabemos contar. A mellor maneira de facelo é de forma natural, sendo un mesmo, porque o que máis importa é a comunicación que, desde o afecto, teñamos cos nosos nenos.

BIBLIOGRAFÍA

Bryant, S. C. (1993). *El arte de contar cuentos*. Universidad de Granada.

Shedlock, M. L. (2001). *El arte de contar cuentos*. Editorial Sirio.

Noia Campos, M. C. (2002). *Contos galegos de tradición oral*. Nigratea.

Noia Campos, M. C. (2010). *Catálogo tipolóxico do conto galego de tradición oral: clasificación, antoloxía e bibliografía*.

Reigosa, A. (2014). *Galicia Encantada: O país das mil e unha fantasías*. Editorial Xerais.

Bettelheim, B. (2020). *Psicoanálisis de los Cuentos de Hadas*. Booket Paidós.

CURANDEREIROS

FERRAMENTAS

PSICÓLOGOS
E OUTROS
MENCIÑEIROS

Jorge García Fernández
Psicólogo Clínico

sala5jgarcia@gmail.com

COMO CITAR ESTE ARTIGO:

García Fernández, J. (2024). Psicólogos e outros menciñeiros. *Anuario de Psicología e Saúde*, 17, pp. 60–73. <https://copgalicia.gal/seccions/psicologia-e-saude/publicacions>

SUMARIO

CASTELÁN

RESUMO

Poderíamos establecer como comezo dunha intervención clínica o momento no que unha persoa con malestar realiza a elección do seu axente de curación. Os diferentes profesionais e lugares de sanación son realidades universais que non están exentas de constante transformación. Co tempo, a lexitimación dos expertos en reparar a saúde desprazouse, do mesmo xeito que outras moitas profesións, desde a comunidade e os gremios a institucións formativas oficiais validadas polo Estado. Con todo, o avance (ou invasión) destas formas de coñecemento e curación de orixe académica foi lento e desigual sobre diferentes espazos xeográficos e estratos sociais e, por iso, coexistiron con diferentes tipos de curandeiros ben lexitimados pola propia cultura e con especialidades concretas e técnicas moi diversas. Co terreo conquistado e o inimigo derrotado, xorde a oportunidade de recuperar as súas armas e empregar procedementos psicosanadores vinculados ao medio cultural.

PALABRAS CHAVE — procura de atención sanitaria, menciñeiros, menciña tradicional, técnicas narrativas, psicoloxía posmodernista.

ABSTRACT

We could establish as the beginning of a clinical intervention the moment when a person experiencing discomfort chooses their healing agent. The different professionals and healing places are universal realities in constant transformation. Over time, the legitimization of health repair experts has moved, like many other professions, from the community and guilds to official training institutions validated by the State. However, the advance (or invasion) of these forms of knowledge and healing of academic origin has been slow and uneven over different geographical areas and social strata and therefore they have coexisted with different types of curators well legitimized by their own culture and with different specialties and very diverse techniques. With the terrain conquered and the enemy defeated, the opportunity arises to recover their weapons and use psycho-healing procedures linked to the cultural environment.

KEY WORDS — seeking health care, healers, traditional medicine, narrative techniques, postmodern psychology.

Sen apenas tempo de acomodarme na cadeira, aquela muller con aspecto atormentado aforroume as presentacións cunha tallante declaración de principios: «*Xa lle adianto que eu non creo nos psicólogos*». As paredes da Sala 5 escoitaran numerosas veces argumentos similares e non me incomodou recibir aquela honesta advertencia expresada con impecable amabilidade.

- «*Pois debería vostede deixar sitio a outros pacientes con mellor disposición*».
- «*Pois debería vostede saber que as expectativas nun tratamento son fundamentais para mellorar*».
- «*Pois debería vostede ser máis respectuosa coa miña profesión*».
- *Etc.*

Calquera destas ou similares respostas, poderían formar parte do repertorio de moitos profesionais da saúde esquivos cara ao manexo de conversacións sobre circunstancias persoais de diferente índole. No meu caso, sendo máis proclive ao diálogo e estimulado polos baixos niveis de *burnout* dun luns á primeira hora, considereí, do mesmo xeito que ocorre nas eliminatorias da *Champions*, que este *match*, aínda que comezaba cun gol de desvantaxe, era un partido aberto co plus de xogalo na casa.

A estas alturas, un debería de contar coa discrepancia entre crenzas e comportamentos, e saber que, da noite para o día, non é a coherencia a que predí o que un vai facer ante determinadas circunstancias. O mesmo un mozo con diagnóstico de esquizofrenia, fortemente convencido dos seus poderes extrasensoriais, almorza con neurolépticos; como unha catedrática de Métodos de Psicoloxía Experimental madruga un domingo para ir comungar. Poderíamos afirmar que as nosas diferentes crenzas, construtos, valores, esquemas, relatos ou narrativas mestúranse e solápanse dando lugar a respostas diferentes en ámbitos distintos ou ante necesidades concretas que exceden con fartura a nosa capacidade de poder xustificarnos ante nós mesmos e, aínda así,

condicionan a nosa toma de decisións. Dispoñemos dun conxunto de patróns de acción, froito das experiencias directas e vicarias, dificilmente aplicables nun mundo cambiante. Para saber como actuar fronte a situacións que, aínda que moitas veces compartan algunhas características, non son exactamente as mesmas, desenvolvemos a capacidade de valernos das experiencias acumuladas de moitos outros con fórmulas de supervivencia transmitidas ao longo duns cuantos milenios e que, desculpen o meu reduccionismo, se lle chamo «a cultura». As técnicas de labranza, as artes de pesca, as receitas de cociña e, por suposto, as fórmulas de comunicación, convivencia e organización social de roles fóronse transformando en función das novas necesidades e desenvolvementos técnicos que foron xurdindo: a roda, o aceiro, os fertilizantes, os antibióticos, os chips, os medicamentos e fórmulas de curación... Neste proceso dinámico, resulta entendible que as diversas maneiras de facer as cousas (mesmo contraditorias) coexistan ao longo do tempo. Teríamos así no noso catálogo: os varios modos de antes, os distintos modos de hoxe e as vangardas; ou o que é o mesmo: o que funcionou sempre, o que parece que funciona agora, e o que podería funcionar (ou non) no futuro.

Dentro destes repertorios de actuación vén ao caso falar da cuestión da procura de atención á saúde. Dar resposta a quen, cando e onde un individuo emprende accións de procura de atención profesional cara á súa saúde, é unha cuestión amplamente estudada que adoita abordarse desde a teoría, co paradoxal termo da acción razoada, que considera este comportamento froito dun proceso no que a combinación das máis ou menos incoherentes crenzas individuais coa influencia social dispoñible, determinarían a xeración das intencións que se transformarían ou non en condutas no caso de que a súa propia forza sexa superior ás barreiras que deban de exceder para manifestarse. A procura dispárase cando esa posible enfermidade ou malestar intensifícase debido

a condicionantes psicosociais (compartidos) como a visibilidade, percepción de gravidade e interferencia dos síntomas cos roles dun individuo. Por tanto, a cuestión de quen está ao noso lado no momento de enfermarse influirá na elección do roteiro para iniciar para recuperar a saúde. Teríamos así que a definición de problema de saúde e o que hai que facer para recuperala difire entre as culturas e, dentro de cada unha delas, entre os grupos sociais, as familias, os individuos e ata me atrevería a dicir que «segundo os días», entendido isto como a distorsión do devandito problema nas actividades programadas para hoxe.

Rafaella, que así se chamaba segundo a ficha da súa historia clínica, viñera á Sala 5 sen querer vir, ao parecer empuxada por unha forza allea a si mesma o bastante forte como para percorrer en peregrinación, os oito quilómetros que a separaban do seu domicilio rematados por unha pendente do 9 % especialmente deseñada para disuadir aos pacientes corpulentos de acudir ao Santuario Centro de Saúde. Por se o poder da influencia social non fose suficiente, temos outro argumento para desatender a declaración verbal de Rafaella que se atopa noutro manual do mesmo andel e nos insiste no maior valor informativo da conduta non verbal como a postura corporal e a expresión xestual. O xesto de tomar un autobús ás 7:50h, sumado á súa melódica prosodia ao afirmar «*non creo nos psicólogos*» sooume a «*quixen vir, pero cústame recoñecerlo*». Noutro manual do andel de arriba postúlase que esa ambigüidade encaixaría cun estado motivacional situado entre a fase contemplativa á de acción. A suma da súa propia vontade, un forte empuxón da súa contorna familiar, a recomendación do seu médico de familia e unha situación de incapacidade laboral formaban, no seu conxunto, unha forza suficientemente poderosa como para transportala ata a consulta. Kelly, Fishbein, Bateson, Festinger, Skinner, Prochaska... todos eles xuntos poden conseguir calquera cousa que se propoñan.

A socioloxía e antropoloxía, con visións desde máis fóra e máis arriba, afirman que a condición de estar enfermo e realizar accións para recuperar a saúde é universal, aínda que os modos de enfermarse e sandar son moi dispares nas diferentes culturas. Talcott Parson, nos anos 50, definidor do rol de enfermo, expuxo que, con independencia do medio cultural, un individuo disfuncional precisa lexitimación dun experto para enfermarse e aliviarlle das súas obrigacións sociais (as esperadas polo seu rol), e que, en contrapartida, o enfermo debe de realizar accións pertinentes (descritas na cultura) para a recuperación da súa saúde. A propia cultura inviste á figura curadora (e diagnosticadora) que, como é natural, evoluciona por avances técnicos, contaxios culturais e movementos nas relacións de poder.

Dende Exipto e principalmente na Idade Media documentouse como os albaneis, ceramistas, vidreiros, prestamistas e artistas varios tentaban delimitar as súas parcelas estipulando, ademais, as condicións e obxectivos formativos valéndose de organizacións gremiais. Máis adiante, estas funcións pasarían a mans de institucións académicas vinculadas ao Estado ou manterían un sistema de negociación mixto entre os Gremios (ou Colexios Profesionais) e Estado (ou o mundo académico). As enfermidades de alma e corpo, dependendo do momento histórico, estiveron a cargo de diferentes profesións, outorgadas en ocasións por institucións académicas, pero, desde logo, desde moito antes eses axentes curadores con formación non formal estiveron lexitimados pola propia comunidade.

Cunha pasada rápida á historia das enfermidades mentais vemos que os nosos desaxustes recibiron diferentes explicacións e nomenclaturas. Dende os humores de Hipócrates, os endemoñados definidos pola Igrexa, os alienados da Salpetriere, a histeria de Freud... chegamos á psicopatoloxía e psicoloxías das últimas décadas que nos resultan máis familiares. Estes desenvolvementos máis recentes contaron coa vantaxe de solidificarse na imprenta e

emanar de fontes con elevada influencia social dispoñendo de canles de comunicación cada vez máis potentes para a súa difusión. A competencia polo papel do curador oficial (que nos resulta moi familiar nos nosos días) estaría sempre presente. Os diferentes tipos de curandeiros (menciñeiros, compoñedores, sabias, ensalmadores...) con características específicas, aínda que con funcións moi solapadas (do mesmo xeito que as especialidades sanitarias actuais), foron progresivamente desprazados pola medicina oficial (creada como titulación académica no século XVII) e, nalgúns momentos, por competidores do ámbito relixioso. Ambos os adversarios desde os seus dispares puntos de vista acuñaron estas prácticas tradicionais co termo de superstición. Con todo, en lugares fóra de cobertura, os nosos menciñeiros, lexitimados fortemente no seu medio cultural cunha historia non escrita e desde moi antigo, transportaron no tempo as súas fórmulas diversas de entender e sandar as enfermidades. Na actualidade, coexisten as prácticas oficiais coas alternativas, especialmente de orixe oriental que, trala derrota cultural das autóctonas, complementáanse ou dispútanse os amplos espazos de ineficacia. A sanidade oficial mantén unha posición de aparente condescendencia á vez que, desde a OMS, expónse directrices en relación a estas prácticas tradicionais baseadas en potenciar as súas evidencias, patentar e comercializar produtos e regular a formación, o cal vén sendo o mesmo que transformala en oficial (ou que enviar ao Conservatorio a Paco de Lucía).

En Galiza, diferentes investigadores, especialmente do ámbito da Psiquiatría, describiron e explicaron estas prácticas tradicionais que abarcan o tratamento dos males anímicos (da alma). Para o antropólogo Marcial Gondar:

O curador tradicional está aberto á totalidade. Escoita, xunto cos males, historias nas que, ás veces, aparece implicada media aldea, catástrofes, mala-sortes, desexos, temores..., e a todo isto sabe darlle unha explicación global que satisfai, sen dúbida

mellor que a medicina oficial, as múltiples demandas que están debaixo da enfermidade.

Estas e moitas outras achegas atópanse recollidas en varios artigos de Pablo Vaamonde, apuntados na bibliografía. Álvaro Cunqueiro, en *Escola de Menciñeiros*, describe numerosos personaxes e algúns dos procedementos empregados nestes labores.

Ante a ausencia de métodos de investigación e análise estatísticos sofisticados, as prácticas curativas tradicionais irían evolucionando mediante «o que funciona repítelo; e o que non, cámbialo»; a cal é unha práctica de investigación portada polo ADN dos *homo sapiens* máis avantaxados e que priorizan a observación do tamaño do efecto a unha *p* por baixo de 0,05. Lambert, o noso referente no estudo dos factores comúns da psicoterapia, encaixaría ben nestas prácticas curadoras as súas tres primeiras condicións: as expectativas sobre o poder do curador, a calidade da relación terapéutica e a participación do paciente no cambio. A cuarta, a congruencia co medio social, enfrontaríase á falta de comprensión racional dalgúns procedementos tradicionais con significados simbólicos e alusións á natureza e relixiosidade, propios da linguaxe dunha cultura parcialmente transformada.

A menciña oficial, que asumimos como científica ou «evidente», enmarcada nunha corrente de pensamento positivista é acusada polo seu carácter excesivamente globalizador desvinculado das raíces culturais e condicionantes individuais. Da consecuente falta de conexión entre curador e curado entenden moito os profesionais que traballan en servizos de urxencias permanentemente alporizados fronte as «demandas inxustificadas» e a inmensa discrepancia entre a gravidade dos síntomas e os tempos de demora ou sentimento de prisa dos seus pacientes. A falta de consenso nas percepcións do motivo e a severidade obedece a (seguindo a Habermas) a construción de diferentes verdades ás veces incompatibles. Lembro a mirada inquisido-

ra dun médico de urxencias un domingo de madrugada examinando a miña unlla encarnada, sospeitosamente infectada, xusto antes de iniciar unha viaxe ao estranxeiro. A teoría que asume que non todos somos incoherentes da mesma maneira, afirma que os que temos coherencias parecidas tendemos a empatizar. Se aquel doutor se interesase polas miñas preocupacións, en lugar de refungar, aforraríase un pouco de bile compartindo os meus construtos e os dos meus acompañantes medorentos de que se chafase unha custosa excursión. Está ben claro que a miña unlla, posiblemente infectada, non é o mesmo problema en Marín que en Katmandú. Ou o que é o mesmo, no século XIX que no XXI. Perrón de Braña, o menciñeiro descrito por Cunqueiro que se recostaba na cama dos pacientes, entenderíame e mitigaría a miña angustia meténdome na mochila, a falta de antibióticos, algunha apócema desinfectante con algúns consellos

hixiénicos para levarme na viaxe e, por que non, algunha prescrición máxica adxuvante coa que mitigar a angustia. Desvincular os tratamentos das afeccións das circunstancias é unha estratexia moderna. Estou seguro que ningunha guía clínica inclúe a posibilidade de tratar o avermellamento dunha unlla con antibióticos «no caso de viaxar a un lugar inhóspito sen cobertura sanitaria». Da mesma maneira, na cruzada contra a abstracción selectiva e a sobrexeneralización, tan eficaces na cura da tristeza, resulta irrelevante se o material irracional provén dunha mala colleita derivada dun mal de ollo, unha inspección de Facenda ou duns sogros invasivos. Pouco se coñece sobre as circunstancias asociadas aos tratamentos denominados eficaces, aínda que é posible que as circunstancias sociais cambiantes fagan deste obxectivo un imposible. Por iso, quizá a mellor recomendación dalgunha guía clínica atópase na primeira páxina: *«Esta GPC é unha*



Foto: Gabby K

axuda á toma de decisións na atención sanitaria. Non é de obrigado cumprimento nin substitúe o xuízo clínico do persoal sanitario».

Co tempo, a Psicoloxía racionalista (de segunda xeración) desenvolvida dentro deste mesmo marco positivista, está a ser substituída por aproximacións contextuais con diversos enfoques que tratan de atender ás diferentes posicións ideolóxicas que coexisten no seo de cada cultura.

Comecei a entrevista con Rafaela aceptando con asentimento e medio sorriso a súa declaración de incredulidade e, por suposto, cunha invitación para falar do que lle viñese en gana mediante unha frase adiviñatoria finalizada con puntos suspensivos: «*Imaxino que algúns problemas son demasiado complicados de resolver...*». Non facer preguntas concretas elimina a miña frustración cando o paciente non as contesta. Rafaela respondeu lanzando unha serie de solucións estándar para o seu (e para o de calquera): «*O que preciso é durmir, que me dea o aire, desconectar...*» faloume dunhas infusións recetadas pola competencia desleal nunha herboristería... e dunha amiga que practica o *reiki*...

Sen dúbida, é unha verdade como un templo (seguramente tamén unha evidencia empírica; non o busquei) que pasear polo monte, e mesmo unha técnica máis sofisticada como abrazar árbores, sexa un procedemento eficaz para mellorar o ánimo. Resulta viable converter esas accións nun tratamento dándolle forma de prescrición en mans dun lexitimado experto e manuscrita nunha cuartilla con membrete: «*Escitalopram 1-0-0 / Paseo dunha hora 1-0-1*». Podemos xustificar esta prescrición pola estimulación de certos neurotransmisores, mellorar o *pranayama* (control da respiración en termos budistas), avanzar en autoconecemento e crecemento persoal ou afastarse durante unha hora dúas veces ao día dunha parella insufrible ou calquera outra realidade adversa. Dáme a impresión de que, para a construción da eficacia, precísase de certa coherencia entre os diferentes tipos

de problemas, os diferentes tipos de curadores e os diferentes tipos de solucións. Un *mal aire*, unha *impresión* ou *susto metido no corpo*, ou a debilidade somática poden identificarse como causas de dificultades similares, aínda que difiren nos seus tratamentos. Un diagnóstico típico da nosa excultura, como a *pa caída* (vinculada ao ánimo baixo), dispoñía dun tratamento eficaz en mans dunha curadora, menciñeiro, sabia, compoñedor... Os modelos eficaces son aqueles onde se vincula de maneira exitosa o diagnóstico coa solución. Un malestar provocado por estar en pecado mortal tras infrinxir o sexto mandamento obtén unha cura infalible mediante a absolución, mentres que obter a curación nunha alma con *Trastorno límite da Personalidade*, tería unha posibilidade de solución máis limitada. O desenvolvemento dos enfoques transdiagnósticos (cun único diagnóstico denominado malestar) resulta un importante avance ao evitar o fracaso en facer desaparecer o nome do problema.

Fun asentindo, parafraseando algunhas das frases de Rafaela e sinalando algunhas das súas emocións ao longo da súa exposición, que seguíu con ese relato de síntomas, que, entendo, é o que se espera dun cando se atopa fronte a unha bata branca. Ás veces, o relato das experiencias máis íntimas espera na recámara ata testar a disposición do curador para atendela. Unha importante función da linguaxe consiste en compartir as nosas vivencias cos demais, mesmo sen que nos escoiten con demasiada atención. Os autobuses viaxan repletos de monólogos intercalados que nos serven a cada un para elaborar, dotar de sentido e validar os nosos puntos de vista en presenza dos outros. Pero algunhas narracións compórtanse dun modo máis pudoroso. Non teñen claro que poidan ser aceptadas facilmente porque renxen ao tentar encaixarse na propia cultura. As emocións de rexeitamento cara a un fillo ou cara a unha nai, un amor prohibido, o fracaso estrondoso na vida... non poden ser atendidas en restaurantes nin ruidosos centros comerciais. Prolónganse máis

aló dos tres minutos que, segundo as regras do *storytelling*, é o tempo máximo que unha persoa está disposta a perder en obter unha mensaxe no século XXI. A sobreinformación constante e caótica protagonizada polos contidos das redes sociais, bloquea a posibilidade de narrar e anula, segundo o mediático Byung-Chul Han (2023), o sentido do tempo (conexión entre pasado presente e futuro). Segundo o filósofo coreano, a alteración do eixo temporal na nosa existencia asociárase, xunto a outros males do neoliberalismo, co incremento do malestar emocional dos nosos días. Nesta mesma liña, cabe preguntarse se o noso actual incremento da demanda estaría relacionado co desempeño da función conversadora, minguada dentro da nosa cultura desde a desaparición das reunións ao redor das lareiras.

Non imos reproducir aquí en detalle a conversación na que Rafaela, en contra das opinións dos seus achegados e outros profesionais, mantíña a convivencia asimétrica coa súa parella por unha serie de razóns que ela definía como baixa autoestima, dependencia emocional, educación da época, medo ao futuro, convivir cun narcisista...

No medio social existe un receitario popular de solucións para afrontar os diversos tipos de problemas que adoitamos agrupar en: soportar mellor a situación ou cambiar as cousas, ou como lle chamamos no noso gremio «solucións orientadas ao manexo da situación ou ao manexo da emoción». «*O que ten que facer Miguel é deixar de beber*», díxolle a súa doutora. «*O que tes que facer é matalo de fame e que se lave os calzóns*», díxolle a súa cuñada. «*Poderías ser un caso claro de malos tratos psicolóxicos*», díxolle a traballadora social. «*Ti poslle as maletas na escaleira e logo verás como espabila*», díxolle a súa amiga Maricarmen. «*Nótoa moi baixa, a ver se colle forzas con este tratamento*», díxolle o seu psiquiatra. «*Poslle a demanda de separación e irase de casa coa Garda Civil*», díxolle a avogada.

Tras máis de dez anos de malestar, a situación persistía a pesar de múltiples enfados e des-

enfados, incluídas varias intervencións profesionais dirixidas a buscar a maneira de «*dar o empuxón e saír dunha maldita vez de alí*». Ademais de levar «*unha vida de merda*», Rafaela considerábase de xeito evidente «*unha muller covarde*». Se aquilo fose unha serie de Netflix, filmaríanse cos conflitos e intentos infrutuosos de solución multitude de capítulos agrupados en varias tempadas: saídas de casa dunha tarde de duración, consultas illadas con avogados, mediación de fillos nos conflitos, expresión de bos propósitos de Miguel... Faltábanos neste guión unha situación económica complexa, con débedas conxuntas acumuladas tras un negocio familiar fracasado. O caso é que Rafaela non confiaba en que Miguel participase das débedas, imaxinando a vida desenfredda que ese home desamparado levaría nun pisoño de solteiro. Como apoio empírico deste temor, tiñamos uns ingresos hospitalarios froito da combinación dos seus problemas de saúde (diabetes e EPOC) coa mala vida durante algunhas épocas de escasa supervisión.

Sería máis sinxelo que Rafaela se limitara a expoñer as súas dificultades emocionais baixo a forma de desesperos para conciliar o soño ou a súa tendencia a sobrepensar. Prescribíramoslle algunhas técnicas de control de estímulos e diminución do arousal cunha app de *mindfulness*. Se a causa convida fose un *mal de aire*, un *desgusto metido no corpo* ou unha *debilidade*, aproximariámonos ao problema de maneira diferente. O caso é que, como bos curandeiros, permitímoslle a Rafaela narrar. Narrar unha historia ben contada, vinculada co seu papel no mundo, os seus significados e os seus valores... E, deste xeito, seguindo a Marino Pérez, o trastorno de Rafaela converteuse «*nunha situación vital na que a vida se tornou en contra (trocouse do revés, revelou os seus límites) e así trastornou o modo de estar no mundo poñendo ao límite as posibilidades dun dadas as circunstancias*». Ese modo de estar no mundo trastornado é precisamente o que García-Sabell convidanos a reparar aos profesionais: «*[...] os menciñeiros están apoiados por modo consciente na cultura herdada*».



Foto: Witheline

E entón intúen con acuidade que ningún doente se cura de verdade se non se conquira centralo na vida, sitúao non mundo cotián, chantalo ben chantado na Idra dá existencia que lle corresponda» (Cunqueiro, 2011). En resumo: poñer as cousas no seu sitio (aos demais e a nós) sería o reto desta e de calquera intervención.

Rafaela non saíra da Sala 5 antes de que reescribísemos un relato que lle permitira adoptar unha posición diferente con respecto ao seu problema. En contra dalgúns teóricos, considero inviable manter a neutralidade á hora de extraer as narrativas e dirixir o traballo de reelaboración dos relatos. Un terapeuta culturalmente ben construído manexa unha certa cantidade de guións funcionais e disfuncionais e déixase influenciar polas historias alternativas que conducen a posicións vitais máis acolledoras. Os terapeutas tamén se reconstrúen e adaptacións aos diferentes discursos cambiantes co paso do tempo. Nos inicios da antro-

poloxía, Lévi-Strauss referiu a utilidade de acudir a un membro superior da comunidade que se apropiase do sufrimento e funcionase como intermediario no proceso de curación. Por iso, unha posición creativa conxunta, desde logo non simétrica, sería máis propicia e, en definitiva, o lugar onde a propia comunidade sitúanos.

Como xa apuntamos, só mantemos certa coherencia en parcelas concretas e coexisten en nós diferentes discursos que, por razóns de peso, manteñen unha xerarquía á hora de dirixir as nosas maneiras de estar no mundo. Dispoñemos de discursos máis ou menos dominantes dentro que ás veces coinciden cos discursos máis ou menos hexemónicos de aí fóra. Non dubidariamos que o resultado dunha enquisa coa pregunta sobre «*Que valora vostede nas persoas?*» todos responderíamos que a honestidade, a xenerosidade, a integridade, a empatía, o respecto... E fronte á pregunta

sobre «*Cales son os valores que cre que a sociedade de prima?*», responderíamos sen dubidalo que a imaxe física, o status social e os bens materiais. Pregunteime moitas veces onde está esa sociedade que non encontro por ningún lado. Será que ambos os esquemas coexisten dentro de nós e aplicámoslos de maneira alternativa segundo a marca de zapatillas que ese día levamos posta.

Dentro dese menú de discursos (supoño que a todos nos ocorreu), existen algúns especialmente difíciles de dixerir. Confeso que o de Rafaela, téndoo salpementado un pouco, case me convenceu e perdoeime colaborando nas solucións expostas. A psicoloxía e os psicólogos como referente normativo ostentamos o poder e a responsabilidade (por encargo da comunidade) para decidir que é o axeitado: un fogar apracible, ser ben amado, un traballo enriquecedor, unha vida estable, contactos sociais cálidos, videoxogos limitados, igualdade de xénero... Como colectivo, apoiamos accións orientadas cara á consecución desas utopías á vez que nos situamos á beira das persoas vulnerables. Na nosa particular coherencia, apoiamos a alimentación sa á vez que combatemos a gordofobia.

Na rúa Pintor Gómez 13, cuarto sen ascensor, vivía unha historia de amor bastante elegante segundo os canons románticos «*ata que todo foise torcendo cos problemas da vida*». Xurdiron primeiro unhas desavinzas familiares por unha herdanza miserable, seguidas pola quebra do negocio que deixou a Rafaela e Miguel unha débeda eterna e arrastrou a este á bebida, a perder a saúde e a desmotivarse cos traballos cualificados e a ela a pluriempregarse como traballadora doméstica. Está ben documentada a tendencia natural que temos de botarlles as culpas ás persoas das cousas malas que lles pasan, pero, neste caso, a crise do 2007 pareceume unha explicación convincente para dar ao traste cun negocio de maquinaria de construción. Ambos, cada un ao seu estilo, mantiñan contacto regular cos seus tres fillos criados con certo éxito (todos sans con traballos esta-

bles). Esperaban un neto para a primavera e Rafaela atopábase esperanzada en reocupar o niño baleiro, agora habitado por un home duns sesenta que agardaba a xubilación e a seguinte parvada do Tik Tok, cunha restra de cervexas aliñadas sobre a mesa. Excepcionalmente, participaba polas malas nalgunha tarefa doméstica. Pouco máis repertorio social que baixar ocasionalmente ao bar e algún paseo de ganchete os domingos pola tarde. «*Así foi criado*», argumentou Rafaela.

Se en lugar dun rebentón da burbulla inmobiliaria, a responsabilidade do fracaso recaese nun *mal de ollo*, Miguel teríase recuperado hai tempo. Pero, en épocas onde confundimos realidade con ficción, quizais esperamos demasiadas veces cousas imposibles. Calquera xiro de guión que provocase que no seguinte capítulo Miguel preparase o almorzo, pasase a aspiradora e deixase unhas notas románticas na neveira daría como resultado o peche da produtora. Ese desenlace non sería crible porque todo guionista, na realidade ou na ficción, debe coñecer o que é posible e o que non. Na realidade ou na ficción os milagres non existen. Nin sequera unha abdución extraterrestre sería verosímil, a non ser que se tratase dun xénero de comedia, que aí vale todo.

Entendemos que as historias están tecidas por elementos seleccionados das experiencias que deixan fóra as excepcións ou *desenlaces inesperados*, que hai que rescatar e incluír se desexamos proxectar un futuro guión diferente (White y Epston, 1993). Ata o momento, esta serie tería como sinopse: *Rafaela, unha abnegada nai e esposa, mantén unha convivencia marcadamente asimétrica con Miguel e, tras sucesivos conflitos e avatares diversos, [...].* O Público Xeral (non os afeccionados ao cinema de autor) escribiría como final: [...] *Rafaela consegue saír de alí e construírse unha vida linda e pracenteira.* Está claro que este final desexado require que os conflitos se intensifiquen o suficiente (que non sabemos canto é) para conseguir dar o paso. Non só o pasado das historias condiciona a súa continuación, senón tamén os finais imaxinados. Por iso, a

arefa de modificar o presente implica tanto a tarefa de modificar o pasado como cambiar o futuro esperado ou imaxinado. Non é moi difícil. Poucas cousas son tan elásticas como a memoria e a linguaxe, e nada tan estable como unha emoción de amor (ou apego) de trinta anos, aínda que sexa cara a un cretino.

Para deseñar o capítulo cun xiro de guión, habería que rebuscar na historia os posibles elementos incongruentes ou chocantes con esa personaxe, a «*parva e covarde Rafaela*», esa sen o valor suficiente para dirixir a súa vida. Un exemplo:

- [...] *E ao terceiro día que non lle fixen nin maldito caso estaba ingresado no hospital. Chamoume Alberto dende alí desesperado porque chegaba tarde a unha reunión da empresa e claro, alí funme pitando.*
- *Tragaches o orgullo e fuches ocuparte para que o teu fillo puidese marchar...*
- *É que eles —os seus fillos— non teñen por que estragar as súas vidas. Xa bastante aguantaron durante aquela época... bla, bla, bla...*

Seguramente estaríamos a agardar excepcións «de manual» e que a identidade débil de Rafaela proviñese dun antigo abuso reparable ou sufrise unha especie de amnesia narrativa, esquecendo as medallas de taekwondo do campionato nacional escolar. Pero non emerxeron. No seu lugar, atopamos probas en contra da súa covardía e a súa estupidez, e de que no seu mundo tiña sentido seguir habitando nesa casa. Resultábame familiar ese guión. Ensinoumo un tal Luis, o esposo autonomeado como consentidor, dunha muller desbaratada (adicta a substancias e con diagnóstico do eixo II) a quen soportaba, ademais de por amala, para liberar aos seus fillos de atendela. «*Que sería do mundo se nos desprendésemos de todas as persoas destartalladas, difíciles e desagradecidas?*», preguntoume. «*No que a min corresponde, agradézoche que a coides*», respondínlle.

Resulta liberador traballar sen verdades. Como todo na vida, é tamén unha cuestión de sorte dar cun profesional con tal ou cal po-

sición fronte ao noso problema. Pero isto non significa que os terapeutas podamos empregar calquera solución se esta non se insire nun espazo de congruencia na nosa paciente. Como ben afirman algúns dos nosos inimigos: «*di-átmoslles o que queren ótr*». Iso é ben certo, pero iso que dicimos ten algo de diferente e xera cambios.

Aos terapeutas narrativos gústalles empregar externalizacións: unha estratexia lingüística de separar o problema de nosa propia identidade. A min consólame «levar dentro un anxiño babeco». Inxenuo, manipulable, que non sabe sumar nin restar as débedas cos demais, que se conforma con pouco e divírtese con calquera cousa. Insistimos constantemente na prohibición de externalizar a maldade porque é unha maneira de xustificala sen responsabilizarnos dela e, por ese mesmo motivo, resúltame útil acudir a esta figura de bondade que encaixa (en caso de ser persoas de ben) con certo espazo dos nosos valores, pero que debemos de vixiar non vaia a ser que ese miñaxoia se meta nalgunha lea. É posible que Rafaela, con todo ese estrés que leva acumulado, non teña ben vixiada á deliciosa inxenua que leva dentro e que ás veces di cousas como «*sería mellor ter un can, pero non saben chamar ao 061*». É un descanso poder ser excesivamente bos e compartir a culpa dos nosos excesos cun anxiño babeco, un can labrador, Santa Teresa de Calcuta, o TDAH... A carta debe ser extensa para acertar co termo co que mellor nos identifiquemos.

Sen demasiados esforzos de condución daquela entrevista, Rafaela relatou que cumpría a tarefa de dar acubillo a esa persoa «*ferida*» e que, aínda que «*non quería por amor*», si coa responsabilidade de «*ocuparse del por ela e polos seus fillos*». Podería ter isto un valor ou trátase dunha covardía? Recuperar o amor ou separarse son as dúas opcións da árbore de decisión que forma parte do receitario popular actual que, incrédulo co máis aló, concibe a abnegación como unha forma de sometemento. Algúns pensadores revolucionarios contemporáneos

exporíannos as súas dúbidas sobre un mundo mellor no que Rafaela, unha vez libre de cargas, puidese pedir un crédito e pasear do ganchete dun Bimba e Lola. A reconstrución dun relato coa abnegación transformada nunha comedida xenerosidade (máis afin á RAE), ofrecería a posibilidade de buscar unha convivencia apracible en lugar de provocar interminables situacións de tensión necesarias para dar a portada final?

Poucas veces os curadores resistense a realizar prescricións: beber dunha fonte coa posta de sol durante unha semana, cruzar un río en cuarto crecente, recitar un responso en San Andrés, empregar palabras acabadas en 's', visualizar espido ao noso público, tomar nota das manías... O seguimento dun ritual, segundo Frank, resultaría necesario para a curación. Como principio activo ou ingrediente inespecífico, a prescrición mantén presente a intención de cambio e serve como repaso do contido da propia sesión (que tamén pode ser concibida como ritual). «*O que me tira do xenio é chegar a casa e ver todas esas botellas en fila sobre a mesa do salón*». «*Como reaccionaría Miguel á petición de ter a mesa recollida de botellas cando chegases do traballo?*», preguntei. «*Sería un mostra de respecto*», respondeu Rafaela. Lembrei a unha nai colocando un deses contedores de lixo grandes con tapa no cuarto do seu fillo para que tirase alí toda a roupa sucia espaxada polo chan e evitarse esa antiestética imaxe. Resulta moi familiar asumir que os nosos fillos teñan algúns comportamentos indesexables pero «non diante dos nosos ollos». O asunto da excesiva transparencia propia dos novos tempos daría para unha cháchara longa. En todo caso, en Pintor Gómez 13, cuarto sen ascensor: todo o que sexa cambio, benvido sexa. Rafaela poría nun recuncho do salón unha caixa de cartón e, polo si ou polo non, convivimos en dar un toque ao timbre do portal para anunciar a súa chegada cun par de minutos de antelación. Comentando daquela esta sesión cunha resistente, comparou esta prescrición cun toque

de fanfarra anunciando a entrada da marquesa. Foi un alivio escoitala.

«*E ollíño con ir máis aló, que o rozamento fai o cariño e o cariño leva aos conflitos cando non somos correspondidos*». Isto recitoumo unha avoa sabia, quizais neta de curandeira, e da cal seguramente recollín algúns ensinamentos máis. Ás veces temos diante conversadores que nos enriquecen e que, no seu día, ben poderían desempeñar clandestinamente o noso oficio nalgunha aldea de Carral. Escasean nas nosas consultas e recoñezo que ás veces engado algunha cita extra co fin de mellorar a miña formación. Esta experta opinaría que saír a abrazar árbores (mellor carballos, porque as nogueiras dan mala sombra) sería unha mellor tarefa para Rafaela que sermonar a Miguel. Aínda que dadas as súas dores de costas e a tensión acumulada, acaso un par de sesións á semana de pilates e outras dúas en ioga, en horario de tarefas do fogar, podería ter unha dobre función. Quen sabe.

Restaría a importante misión de informar do cambio á contorna. As ideas que a familia, amizades, compañeiros de traballo... teñen sobre nós e os nosos problemas exercen un poder sobre ambos. A nosa identidade persoal está constituída polo que sabemos de nós mesmos, que debe coincidir coa do noso grupo de referencia tanto para eludir conflitos como para dispoñer de apoios. Por iso, precísase divulgar estas novas narracións que substitúan a «*un día destes doulle porta*», «*maldito o día que entrei naquel bar para coñecelo*», «*Non hai pago para tanto aguante*» etc. Para iso están dispoñibles modelos en forma de guiños alternativos: «*Terei que que-relo así, onde o vou a tirar*», «*No ceo espérame un chale con piscina*», «*Polos fillos hai que facer o imposible*» ou, a que máis me impresiona, «*Que Deus non nos dea aquilo que non poidamos soportar*».

En certa ocasión, un arquitecto de renome acudiu a consulta referindo un importante malestar na súa «dignidade» tras unha recente situación de desemprego. A súa vida viraba en torno ao coidado das súas fillas pequenas e de xestións de atención e transporte dos seus

familiares maiores... (*«tarefas de taxista», chamoulles*). Moitos coincidiríamos en que, máis digno que pintar raias sobre un plano, é prepararlle un zume de laranxa espremido á túa filla e sacarlle unhas fotos o primeiro día da súa clase de patinaxe. Pero seguramente matizaríamos esta cuestión se, en lugar de pintar raias, estivésemos a investigar sobre a prevención do suicidio. Un arquitecto podería tamén argumentar que deseñar vivendas confortables e seguras suxeitas ás normativas é unha tarefa que salva vidas. Quizais por iso, o seu intento de divulgar o seu novo e digno rol non tivo moito éxito dentro do seu gremio. Hai que ser moi coidadoso na tarefa de seleccionar ao noso público e buscar aliados. Espero elixir ben ao meu para este relato.

«E tiñas precisamente que escoller un caso de esposa sometida nestes tempos que corren? E por que non usas o caso da “miña nai cáeme mal” ou “non soporto ao meu fillo” ou ata mesmo o de mellor “tómame as drogas os venres e deixaste de liortas”?» Supoño que non atopei un asunto máis controvertido para expor un debate sobre os discursos hexemónicos que tamén temos en terapia.

«E que pasou con Rafaela, atopou conforto?» Pois pareceume que saía aliviada e agradeceume *«ter aquela conversación en lugar dunha terapia»*.



Foto: Theshuttervision

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, L. (2010). Modelos psicológicos del cambio: de los modelos centrados en el individuo a los modelos psicosociales en psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 20, 97-102.

Pérez Álvarez, M. (2020). El embrollo científico de la Psicoterapia: Cómo salir. *Papeles del Psicólogo*, 41(3), 174-183.

Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Paraninfo.

Botella, L., & Feixas, G. (1998). *La teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Laertes.

Botella, L. & Figueras, S. (1995): Cien años de psicoterapia: ¿El porvenir de una ilusión o un porvenir ilusorio? *Revista de Psicoterapia*, 24, 13-28.

Byung-Chul Han. (2023). *La crisis de la narración*. Herder.

Cunqueiro, A. (prólogo de García-Sabell, D.) (2011). *Escola de Menciñeiros*. Editorial Galaxia.

Gergen, K. & Warhus, L. (2001). La terapia como una construcción social, dimensiones, deliberaciones y divergencias. *Sistemas Familiares*, 17, 11-27.

Gondar, M. & González, E. (1992) *Espiritados. Ensaios de Etnopsiquiatria galega*. Laiovento.

Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2014). Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. https://doi.org/10.46995/gpc_534

Landfield, A. & Leitner, L. (Comps.) (1980). *Psicología de los constructos personales: Personalidad y psicoterapia*. DDB

Organización Mundial de la Salud (2013). *Estrategia de la OMS sobre la medicina tradicional (2014-2023)*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf (26/09/2024)

Vaamonde, P. (2010). Os ofrecidos. *Cadernos de atención primaria*, 17, 76-80.

Vaamonde, P. & Alonso, E. (2010). Os curandeiros. *Cadernos de atención primaria*, 17, 144-149.

Vaamonde, P. (2010). Medicina popular en Galicia. As doenzas. *Cadernos de atención primaria*, 17, 222-228.

Vaamonde, P. & Alonso, E. (2010) Medicina popular en Galicia. Os remedios. *Cadernos de atención primaria*, 17, 307-315.

Wampold, B. & Imel, Z. (2021). *El gran debate de la psicoterapia: La evidencia de qué hace que la terapia funcione*. Editorial Eleftheria.

White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Gedisa.

White, M. & Epston, D. (1993). *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

ANUARIO ABERTO

CASOS CLÍNICOS

TRABALLO PREMIADO NAS XXVIII
XORNADAS DE PSICOLOXÍA E SAÚDE
DO COPG

SUMARIO

CASTELÁN



CASO 1

(RE)TOMANDO O RUMBO: ABORDAXE DUN CASO CLÍNICO A TRAVÉS DA TERAPIA NARRATIVA

Lucía Díaz Riola

Psicóloga Interna Residente – Área Sanitaria de Ferrol

lucia.diaz.riola@sergas.es

Melania Beceiro Rico

Psicóloga Clínica USM Infanto-Xuvenil – Área Sanitaria de Ferrol

melania.beceiro.rico@sergas.es

COMO CITAR ESTE ARTIGO:

Díaz Riola, L., & Beceiro Rico, M. (2024). (Re)tomando o rumbo: Abordaxe dun caso clínico a través da terapia narrativa. *Anuario de Psicología e Saúde*, 17, pp. 76–89. <https://copgalicia.gal/seccions/psicologia-e-saude/publicacions>

RESUMO

No presente traballo realízase a análise dun caso clínico, abordando, en primeiro lugar, diferentes temas que se consideran relevantes para unha mellor comprensión tanto do seu desenvolvemento como dos seus resultados. Estes son: a importancia de establecer unha adecuada alianza terapéutica, unhas notas sobre a terapia narrativa e o beneficio de traballar cun equipo terapéutico, entre outros. Posteriormente, farase unha revisión do caso desde a perspectiva da intervención realizada como residente de terceiro curso de Psicoloxía Clínica e, finalmente, extraeranse as principais conclusións.

Co fin de preservar o anonimato do paciente, denominarase «D».

PALABRAS CHAVE — terapia narrativa, equipo terapéutico, espello unidireccional, enfoque sistémico, alianza terapéutica.

ABSTRACT

The present work analyzes a clinical case, first addressing different topics considered relevant for a better understanding of both the development and the results of the case. These are: the importance of establishing an adequate therapeutic alliance, some notes on narrative therapy and the benefit of working with a therapeutic team, among others. Subsequently, a review of the case will be carried out from the perspective of the intervention conducted as a third-year Clinical Psychology resident, and finally, the main conclusions will be drawn.

In order to preserve the patient's anonymity, the patient will be referred to as 'D'.

KEY WORDS — narrative therapy, therapeutic team, oneway mirror, systemic approach, therapeutic alliance.

INTRODUCCIÓN

A afirmación de que a relación terapéutica é un factor determinante en calquera proceso terapéutico pode considerarse compartida por, cando non todos, a gran maioría dos profesionais que traballan no ámbito da saúde. A relación de colaboración entre terapeuta e cliente pódese definir como unha «alianza» e baséase na creación dunha nova relación, diferente a todas as demais, caracterizada polo respecto, o coidado e a confianza mutua, entre outros factores. Considérase que a alianza terapéutica é o principal predictor de resultados positivos na terapia individual (Hovarth e Symonds, 1991; Martin et al., 2000).

Segundo algúns autores, o obxectivo último do encontro terapéutico é producir transformacións nas tramas narrativas dos clientes (Sluzki, 1992).

Son David Epston e Michael White aos que se lles atribúe a creación da terapia narrativa, a partir da cal se propón que a identidade dos seres humanos está constituída polo que «coñecemos» de nós mesmos e por como nos describimos como persoas. O problema, desde este enfoque terapéutico, concíbese separadamente da persoa e considérase que o ser humano posúe un gran número de habilidades, competencias, capacidades e valores que lle permitirán reducir o impacto dos problemas na súa vida (Castillo et al., 2012).

O terapeuta que traballa desde o enfoque narrativo pódese concibir como un intérprete, que non posúe verdades universais e non ten prescricións preestablecidas, senón que dá un papel central ao cliente e rema con el para que se converta no protagonista da súa vida. Así pois, o terapeuta podería considerarse como un colaborador activo, que traballa en conxunto co cliente na creación de novas narrativas que poidan substituír as que estaban a desempeñar un papel importante no mantemento do problema. Non se pretende establecer unha fórmula exacta que poida ser

aplicada de xeito xeral a todos os suxeitos e a todas as situacións, senón que se trata de establecer a creación en terapia dun contexto relacional que, a través do diálogo, dea lugar a transformacións particulares que teñan significado para cada persoa. O aspecto relacional é, polo tanto, un concepto fundamental para traballar desde un enfoque narrativo.

Na terapia narrativa dáselle un papel importante á palabra escrita e considérase que se pode empregar de moi diversas formas dentro da terapia (cartas, declaracións...). Así, utilízase a noción de «textos narrativos» e faise unha analoxía entre a terapia e o proceso de «contar» ou «volver a contar» vidas e experiencias persoais (Castillo et al., 2012). Sábese que o ser humano evolucionou como especie para utilizar as historias con fins diversos, como organizar, predicir e comprender a inmensa complexidade das experiencias vitais. Os significados que atribuímos aos acontecementos determinan tanto a nosa concepción deles como a nosa reacción ante eles.

Como se mencionou, para a terapia narrativa é fundamental a creación dun contexto relacional adecuado entre o cliente e o terapeuta. Nesta relación influirán múltiples factores, entre os que se debe destacar a personalidade tanto do terapeuta como do cliente. Desde o punto de vista relacional, a personalidade podería definirse como «*a dimensión individual da experiencia relacional acumulada, en diálogo entre pasado e presente, e enmarcada por un substrato biolóxico e un contexto cultural*» (Linares, 2007). A personalidade individual nútrese dun elemento de experiencia relacional practicamente desde o inicio da vida da persoa: a experiencia subxectiva do neno de ser amado. Para construír unha personalidade madura, o neno precisa percibirse como un suxeito independente, con necesidades e características propias, diferentes ás dos demais individuos. Se este recoñecemento non se produce ou, peor aínda, se se desconfirma, prodúcese un fallo na nutrición relacional a nivel cognitivo, que

á súa vez orixina dificultades a nivel emocional e pragmático. En función do desenvolvemento inicial do neno, este organizará a súa experiencia relacional en diversos termos narrativos, construíndo historias propias que dean sentido ao que acontece na súa vida; e algunhas destas historias serán as que primarán á hora de desenvolver a súa identidade. De todo o anterior, despréndese a importancia das figuras primarias de apego, normalmente os pais, como «colaboradores» na formación da personalidade do neno e «co-construtores» nas súas narrativas predominantes (Linares, 2007).

O presente caso, que se describirá máis adiante, pode ilustrar como as primeiras experiencias da persoa condicionaron e determinaron en boa medida o desenvolvemento da súa personalidade adulta, facendo que estea marcado polo exceso de responsabilidade e obsesión. Segundo algúns autores (Hawton et al., 1989; Botella e Gallardo, 1999), ambos conceptos están intimamente relacionados. Consideran que as avaliacións de responsabilidade constitúen un factor clave na persistencia de pensamentos, imaxes ou impulsos intrusivos. Ademais, parece que a interpretación das intrusións obsesivas en termos de responsabilidade xerará efectos relacionados cun aumento da sintomatoloxía ansioso-depresiva.

O exceso de responsabilidade e a personalidade obsesiva poden estar ligados ás prácticas parentais recibidas desde idades temperás: un estilo de apego no que a comunicación destaca polos seus aspectos analíticos, a inhibición emocional e a apelación a valores morais poden explicar o devandito funcionamento obsesivo. Citando a Guidano (2003):

As familias obsesivas son só verbais, non hai nada implícito, motor ou emocional. Os xogos que se fan co neno son só intelectuais, verbais, instrutivos. Nada queda á alegría, á diversión, ao xogo; todo pretende ser instrutivo [...]. O obsesivo é só unha explicación, é coma se nunca fixese caso da súa experiencia inmediata, é coma se a experiencia non

existise. É unha fractura moi intensa, moi grave, que comeza na infancia, e nótase na capacidade verbal que teñen os obsesivos.

Segundo autores como Corberá e Botella, este tipo de funcionamento familiar provoca a sobrevaloración de cinco aspectos que serían: o perfeccionismo, o medo e a culpa, a pouca tolerancia á incerteza e á dúbida, a conciencia e o uso de estratexias reparadoras ou preventivas.

Como se verá, ante a dificultade inicialmente percibida como residente para abordar este caso, considerouse presentar o mesmo nunha sesión lectiva e, a partir de aí, valorouse a realización dun traballo cun equipo terapéutico mediante espello unidireccional. Como residente, paréceme moi beneficioso ter a oportunidade de abordar terapéuticamente os casos mediante o uso dun espello unidireccional e o traballo con equipos terapéuticos, por unha serie de beneficios aos que nos referiremos a continuación.

A formación profesional do psicólogo clínico é un tema de actualidade que vén experimentando cambios desde as primeiras xeracións de psicólogos residentes en formación ata os nosos días (Fernández-Liria et al., 2010; Le Roux et al., 2011; Imber-Black, 2014). A complexa transición entre a práctica totalidade das aprendizaxes teóricas que se ofrecen desde os estudos de grao en Psicoloxía á práctica profesional do psicólogo en formación require o desenvolvemento de dispositivos formativos que acheguen o terapeuta ao traballo concreto na clínica (Cruz Fernández, 2009).

Fundamentalmente, pero non só desde enfoques sistémicos, pode contar co recurso de observación en directo e supervisión de casos clínicos reais mediante un espello unidireccional ou, tecnicamente falando, «cámara Gesell». A cámara Gesell é un dispositivo formado por dúas salas contiguas separadas por un cristal unidireccional: desde un lado pódese ver a outra habitación, pero non ao revés. En con-

dicións idóneas, dispón de equipos de audio e vídeo que permiten a observación en directo e a escoita a través do espello e/ou a gravación de vídeo para a súa posterior reprodución e análise. Ademais, é habitual que neste tipo de terapias exista tamén a posibilidade de utilizar un teléfono que conecte ambas habitacións, o que permite a comunicación directa entre o interior e o exterior da cámara. O uso típico destes sistemas é aquel no que un ou máis terapeutas están co cliente realizando a terapia nunha das salas mentres un supervisor ou equipo terapéutico observa o traballo desde a sala adxacente.

Foi Charles Fulweiler, ao redor dos anos 50, o primeiro psicoterapeuta en utilizar a tecnoloxía de Gesell con fins clínicos. Anos máis tarde, este sistema chega a Palo Alto, introducido por Jay Haley (Haley, 1996). Así, o uso da cámara Gesell convértese nun instrumento central para a formación dos terapeutas sistémicos e comeza a desenvolverse en diferentes institucións e modalidades de funcionamento (Minuchin e Fishman, 1984; Boscolo et al., 1991; Wittezaele e García, 1994).

Como se pode deducir, o uso da cámara Gesell proporciona unha serie de beneficios ao terapeuta en formación, entre os que cabe destacar os que se describen a continuación:

Os participantes poden facer terapia antes de sentirse totalmente cualificados para facelo, xa que poden contar coa intervención do supervisor ou do equipo se se considera necesario. Así, a supervisión en directo pode considerarse un tipo de co-terapia na que hai unha responsabilidade compartida entre o terapeuta e o equipo, non recaendo só sobre o terapeuta novato. Tamén permite aos terapeutas principiantes aprender tanto da súa propia experiencia supervisada como da dos seus compañeiros en prácticas, que adoitan formar parte do equipo (Minuchin e Fishman, 1984). Traballar coa cámara Gesell dá a oportunidade de ter un novo punto de vista, o do equipo, sobre o desenvolvemento da terapia, que pode

ofrecer unha maior variedade de alternativas de acción. Ademais, outro claro beneficio resulta de que o supervisor está a ver en directo o proceso terapéutico, polo que ten máis información que no caso da supervisión indirecta, na que a información que recibe está sometida á subxectividade de quen a transmite. Ademais, na supervisión en directo asistimos ao diálogo e pódese observar directamente a linguaxe non verbal dos terapeutas e dos clientes (Haley, 1996). Finalmente, no que se refire ao cliente, pode estar máis protexido dos posibles erros que poida cometer o terapeuta novato. Polo anterior, queda claro o beneficioso que é ter a posibilidade de traballar a través de equipos terapéuticos con supervisión en directo mediante un espello unidireccional, tendo repercusións positivas tanto nos clientes como nos terapeutas.

Creo que é inevitable sentir certo receo, certo medo, mesmo podería dicirse certa ansiedade, cando como residentes nos enfrontamos á práctica clínica e, sobre todo, se a formación durante a residencia é o primeiro contacto que temos con ela. Aínda que ao longo deste período formativo nos enfrontamos a multitude de retos, un dos que, desde o meu punto de vista, pode provocar un maior respecto é traballar con supervisión directa a través dun espello unidireccional. A pesar dos beneficios desta modalidade de traballo xa mencionados, algúns dos temores que podemos sentir como residentes en formación acrecéntanse ao utilizar esta ferramenta. O primeiro que me gustaría mencionar é o medo a verme exposta diante de compañeiros, supervisores ou, como aconteceu neste caso, titores. Ao longo das sesións de terapia a través do espello, a adxunta que supervisou este caso tamén é a miña titora polo que a tensión «extra», así como as ganas de demostrar coñecementos (sen estar segura en moitos casos de telos), se acrecentaron. Como residente de terceiro ano, espérase — ou iso creo — que teña unha certa comprensión tanto da relación terapéutica como da parte máis técnica do traballo, polo que poño

expectativas nos demais respecto de min mesma que me sinto obrigada a satisfacer, o que xera o medo a non estar á altura do esperado. Convén engadir a síndrome do impostor case sempre presente á hora de utilizar estratexias ou técnicas aprendidas doutros. É importante nestes casos ter en conta que efectivamente estamos «aprendendo dos demais» polo que é imposible non vernos impregnados en moitas ocasións polas súas formas de proceder e mesmo de ser en terapia.

É un feito que estes medos están aí e considero un primeiro paso para superalos ou, polo menos, afacerse a eles, ser consciente de que existen, de que se comparten, de que son inevitables en moitas ocasións e ten en conta que non deixamos de ser residentes formándonos nunha profesión cuxa práctica pode ser tan gratificante como ás veces incerta. Tráballos con persoas, todas elas cos seus propios medos, polo que mesmo estes medos como novos terapeutas poden achegarnos a eles recoñecendo a nosa posición, a nosa inexperiencia, o noso propio medo.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

O paciente é un home de 48 anos de idade. Está casado e ten dúas fillas. É o maior de dous irmáns e desde pequeno, despois de que os seus pais se separasen cando el tiña 3 anos, recoñece ter feito o papel de pai, o que se considera que determinou a súa personalidade hipersixente e controladora.

Desde 2019 diagnosticáronlle a enfermidade de Crohn, cun bo control da mesma, pero os síntomas agrávanse durante os períodos de estrés.

Durante moitos anos traballou en diferentes empresas no ámbito relacionado coa mecánica, amosando en todas elas un patrón de asumir maiores responsabilidades que as que lle

corresponden e mostrando unha tendencia á sobrecarga. Isto provocou altos niveis de estrés no paciente con abandono de varios traballos.

Coincidindo co diagnóstico da enfermidade de Crohn e un período de altas molestias, comezou a acudir a un centro privado de psicoloxía, acudindo posteriormente a tres consultas nunha Unidade de Saúde Mental, con beneficio percibido segundo o relatado. En 2020 comezaron as consultas de Psicoloxía Clínica desde o programa de enlace con Enfermidade Inflamatoria Intestinal (derivación feita desde o Servizo de Dixestivo). Durante o período de 2020 ata a actualidade, séguenlle tres psicólogas diferentes: unha psicóloga clínica, inicialmente, e dous residentes de psicoloxía clínica, posteriormente. Foi dado de alta nunha ocasión e foi derivado de novo, despois dun tempo, a petición propia.

MOTIVO DE CONSULTA

Volve ás consultas do programa de enlace entre Psicoloxía Clínica e Enfermidade Inflamatoria Intestinal a petición propia. Tamén se está a ver nas consultas de Psiquiatría de Interconsulta e Enlace. Nas consultas de Psicoloxía Clínica é atendido durante catro sesións por unha residente de terceiro ano ca que non pode seguir facendo o seguimento polo fin da súa rotación, polo que practicamente cando comezo a rotar nese dispositivo é cando comeza o noso proceso terapéutico.

O motivo da consulta son as dificultades no ámbito laboral e a sobrecarga no mesmo, que xeran unha importante ansiedade que experimenta tanto a nivel cognitivo como somático. Estas dificultades, xunto cos síntomas presentes naqueles momentos, xeneralizáronse a outros ámbitos da súa vida, facéndoo practicamente incapaz de gozar de ningunha actividade ao inicio da terapia, sentindo a necesidade de converter todo nunha obriga e non deixar absolutamente nada ao azar. Cando veu a

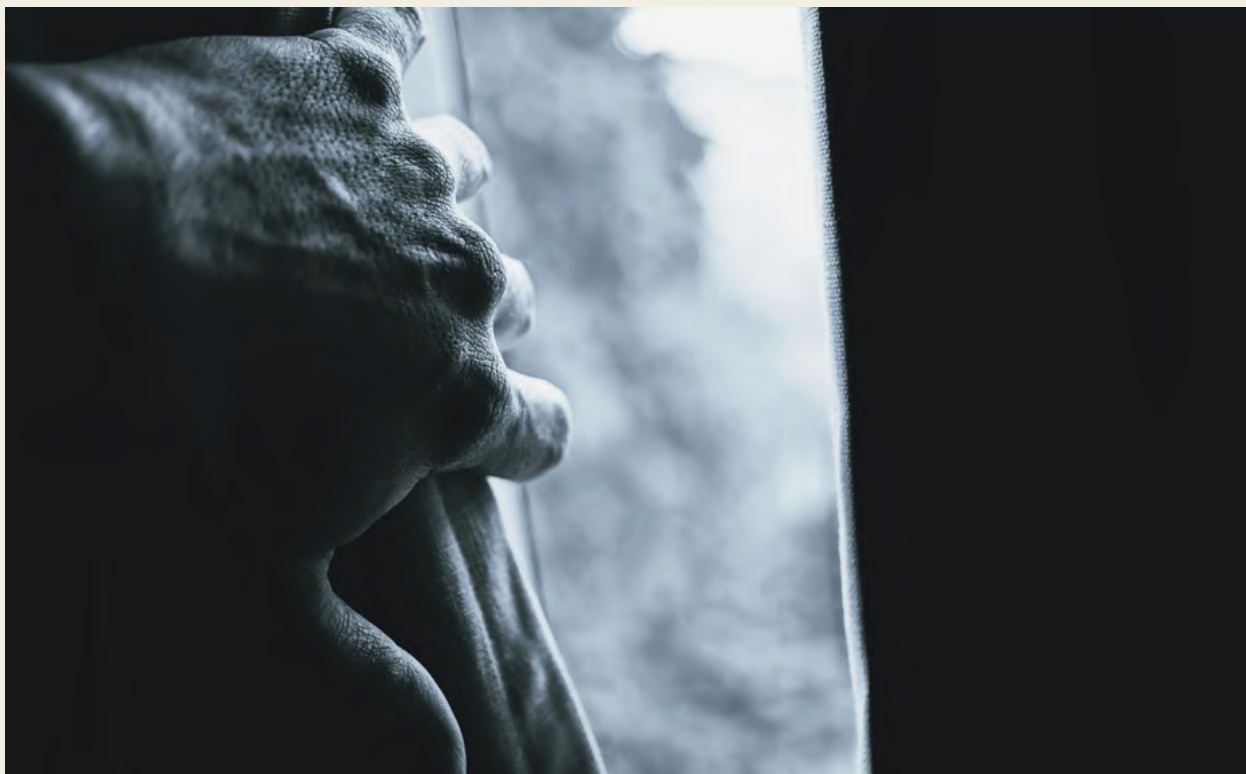


Foto: Eye4dtail

consultar comigo por primeira vez, levaba uns 5 meses de baixa.

OBXECTIVOS

Os obxectivos do paciente son ser máis reflexivo, estar máis tranquilo (que a ansiedade diminúa) e controlar a súa tendencia a involucrase en exceso no traballo e noutras áreas da súa vida (familia, amigos...), sen necesidade de tomar medicamentos.

Por outra banda, xunto co equipo terapéutico, propuxemos que D fose máis consciente de como a súa historia vital fora configurando a súa actual forma de ser, xa que era algo que estaba latente desde as primeiras sesións, permitíndose albiscar na forma en que falaba das súas relacións familiares, tanto coa súa familia de orixe como coa que el mesmo formara. Pensabamos que, de acadar este obxectivo, podería adquirir un maior *insight* en relación

consigo mesmo e a súa problemática, ao tempo que sería máis indulxente, reducindo así a súa obsesividade e dando unha interpretación diferente aos acontecementos.

INTERVENCIÓN

A abordaxe terapéutica foi diferente segundo o profesional que tratou a D ao longo destes anos. No presente traballo realízase unha análise da intervención posta en marcha pola autora deste artigo, sendo nese momento residente de terceiro curso de Psicoloxía Clínica.

Nesta intervención realizáronse 11 sesións terapéuticas: en 4 das cales D foi atendido sen equipo terapéutico e as seguintes 7 con supervisión directa e equipo terapéutico. Para unha mellor comprensión do caso especificanse a continuación os *temas emerxentes* en cada unha das sesións, así como as intervencións máis salientables.

SESIÓN 1	• Marcas de contexto: preséntome como a residente de Psicoloxía Clínica que o atenderá a partir dese momento debido ao remate da rotación de Interconsulta da miña compañeira. • Necesidade pola súa parte de planificar todas as actividades diarias, cada actividade é unha obriga. • Importancia dada ao control • Alta ansiedade, non só en relación co lugar de traballo • Perda da esperanza, incluso tendo pensamentos de morte (nega telos na actualidade)
SESIÓN 2 (despois de discutir o caso en supervisión indirecta)	• Inicio do desenvolvemento da historia de vida • Referencia á frase pronunciada pola súa nai «<i>agora es o home da casa</i>», cando D tiña só 3 anos: asunción de responsabilidades • Falta de cariño cara aos seus pais • Sentimentos de soidade • Inicios no mundo laboral aos 13 anos • Comportamento coas súas fillas oposto ao que tiñan os seus pais con el: isto demostra a paternidade como <i>recurso</i> que posúe o paciente.
SESIÓN 3	• O deporte como vía de escape (<i>recurso</i> persoal de D) • Percepción que ten das súas fillas: «<i>unha é o meu interior —maior— e a outra é o meu exterior —pequena—</i>»: en sesións posteriores, este fío condutor empregárase para dar forma á narración.
SESIÓN 4	• Imposición de autoesixencias derivadas da influencia da súa nai • <i>Insight</i> sobre a súa forma de ser: obsesiva e perfeccionista
SESIÓN 5 (con equipo terapéutico e espello unidireccional)	• Diminución da irritabilidade (<i>excepción</i>) • Ambivalencia ante a necesidade de sentirse esencial no traballo Devolución despois dunha pausa co equipo e tarefa «Conectando cun mesmo a través doutros»: «<i>O equipo cre que o problema que che levou á consulta queda bloqueado cando activas o teu rol de pai. Queremos pedirche que te fagas a seguinte pregunta para a próxima sesión e que nos trañas a resposta por escrito: Como querías que se comportase a túa filla maior se tivese que facer o teu traballo?</i>»

SESIÓN 6

(con equipo
terapéutico e espello
unidireccional)

- Aumento da ansiedade cognitiva e somática despois de recibir unha carta de inspección médica.
- Trae feita a tarefa proposta: destaca que a súa filla sufriría moito no traballo dado que é responsable e necesita ter as cousas controladas. Como consello, D escribe que non debe caer nos mesmos erros ca el e que non debe exceder as súas funcións, que non debe dedicar tempo extra ao traballo e que non debe facer seus os problemas alleos (permitenos mostrar posibles obxectivos terapéuticos).

(Obsérvase unha alta emocionalidade ao narrar a tarefa).

Devolución tras pausa co equipo e nova tarefa «A necesidade do teu neno»:

Gustounos moito coñecer a túa filla maior a través dos teus ollos e seguir coñecéndote como pai, xa que apreciamos que cando activas este rol o problema que che trouxo a consulta desaparece. Queremos pedirlle ao teu eu adulto que escriba unha carta ao neno que eras cando tiñas a idade da túa filla pequena dicíndolle o que cres que necesitaría escoitar de ti como pai.

(Emociónase ao presentar a tarefa e verbaliza que lle gustaría facela).

SESIÓN 7

(con equipamento
terapéutico e espello
unidireccional)

- Lesión nunha perna tras caída; diminución da toma de ansiolíticos a partir dese momento.
- Cómpre sinalar que, cando o equipo terapéutico se decatou da lesión física, anticipou unha posible melloría, sendo esta predición totalmente acertada. O propio paciente verbalizou que a doenza física o tranquilizaba, dado que agora xa tiña algún problema «visible» que, en certo sentido, podería xustificar o feito de que non puidese desempeñar o seu traballo.
- Cambio na relación coa súa nai: máis capaz de ignorar aspectos dela que antes lle facían sentir mal e provocaban grandes malestares.
- Viaxe á terra da que é a súa muller e capacidade de gozo alí
- Especialmente removido pola tarefa anterior, segundo o que refire. O que destaca é: nunca se sentiu neno, sentimentos de soidade e de ter sido usado polos demais, esgotamento vital por ter dedicado a súa vida á atención dos demais, necesidade de aprender a valorarse e permitirse errar...

Devolución tras pausa e tarefa «Consulta co sabio que hai dentro de un mesmo» (Dolan, 2003; Beyebach e Herrero de Vega, 2021):

Viviches máis ou menos a metade da túa vida e esta parte foi unha na que outras persoas puideron ter máis control sobre ela. Tes outra parte que vivir e ti podes ter o control. Gustaríanos que o D de 90 anos nos achegase por escrito o ben que lle foi en varios ámbitos, como o da parella, a familia, o lecer, as amizades...

SESIÓN 8

(con equipo
terapéutico e espello
unidireccional)

- Cambio importante no estado de ánimo: sorrinte, relaxado
- Intención de volver ao traballo pronto
- Trae feita a tarefa: conta a súa historia desde unha perspectiva moi realista. Marca un punto de inflexión no momento presente, no que os valores tocan fondo. Aos seus 90 anos parece máis flexible, con capacidade para dicir que non, sabendo rexeitar as obrigas impostas por outros, de mellor humor, relaxado... O que destaca na realización desta tarefa é a importancia que lle dá D a gozar da súa vida e ter priorizado sentirse tranquilo e rodeado das persoas que aprecia sobre as ganancias materiais.
- Prioridades reordenadas

Devolución tras pausa:

Gustounos moito escoitar todo o que propuxeches na tarefa; parece realista e ao mesmo tempo parece unha boa vida.

Coincidimos contigo en que pode ser un bo momento para que intentes volver ao traballo, pero gustaríanos seguir acompañándote un pouco máis neste momento de cambios.

SESIÓN 9

(con equipo
terapéutico e espello
unidireccional)

- Aumento do nerviosismo cando se achega a volta ao traballo
- Revisión en consulta do traballo terapéutico realizado ata a data

Acordamos que chamará unha vez que estea de alta e traballando.

SESIÓN 10

(con equipo
terapéutico e espello
unidireccional)

- Está traballando e séntese molesto e infravalorado, posto que considera que o seu horario foi modificado para dificultar a conciliación da súa vida privada (impresiona que esta valoración de D se axusta á realidade, en función do que describe).
- Mantemento da mellora en relación coa marcaxe de límites
- Alta responsabilidade en relación coa súa familia e mantemento do seu posto de traballo; medo a cambiar de traballo e que isto implique un reinicio do círculo vicioso do malestar. Non contempla ser quen abandone o traballo, está marcado como «liña vermella a non cruzar».

Devolución e tarefa de «As liñas vermellas»:

O equipo e eu temos a sensación de que esta liña vermella que mencionas puido estar marcada polo D de antes, e está máis centrada no aspecto da ganancia ou perda económica. Pero gustaríame dicirte que no equipo xurdiu un debate: unha parte está de acordo en que te manteñas firme nesta liña, mentres que a outra parte aprecia que quizais o actual D poida trazar outro tipo de liñas vermellas que impliquen a non renuncia a outras áreas da túa vida. Queremos pedirte que o penses e que na próxima consulta nos fales da liña vermella que te poderías marcar neste momento.

SESIÓN 11

(con equipo
terapéutico e espello
unidireccional)

- Mellora emocional significativa, que el mesmo corrobora.
- Cambio no ámbito laboral: segue na mesma empresa, pero ten dúas ofertas de traballo e anunciou que abandonará a actual. Asegura que está a desfrutar do traballo e poñendo límites.
- Resto de esferas da súa vida sen cargarse de obrigas; maior disfrute.

Tarefa:

- Refire que estivo pensando moito e só identifica con certeza unha liña vermella que nunca cruzaría: prexudicar á súa muller ou ás súas fillas.

Devolución: reforzo dos cambios percibidos ao longo das consultas, como son unha maior capacidade para poñer límites tanto no seu ámbito laboral como noutros ámbitos da súa vida, sabendo xestionar as demandas do día a día sen convertelas nunha obriga e permitíndose gozar do tempo de lecer e descanso, capacidade de priorizar o que considera relevante na súa vida, adquisición dun maior autoconecemento que lle permite tolerar os momentos de incomodidade dun xeito máis adaptativo etc. Concorda cos avances mencionados. Acórdase a alta.

Aínda que xa hai varios meses que vin por primeira vez a D, recordo perfectamente a sensación de estar absolutamente perdida e atafegada ante unha persoa que apareceu en consulta cunha alta presión da fala, manifestando niveis de ansiedade que invadían o espazo e cunha necesidade tremenda de telo todo baixo control. Nese momento, considérbao un dos pacientes máis difíciles que vira nos meus 3 anos de residencia. A día de hoxe, e grazas á axuda do equipo terapéutico, considero que é un dos casos máis enriquecedores e co que máis aprendín e gocei. Estableceuse con bastante facilidade un bo vínculo entre D e eu polo que me sentía cada vez máis cómoda traballando xunto a el. Isto sorprendeume nun principio, pero non ao equipo terapéutico, xa que viron en min calidades que me custa apreciar e valorar.

D foi un dos primeiros pacientes cos que traballei desde un enfoque narrativo, repasando a súa historia de vida, así como o seu impacto

na súa forma de ser. Cómpre dicir que, pola súa personalidade obsesiva, cumpriu con rigor as tarefas e «aproveitou» e analizou en profundidade cada unha delas, o que claramente facilitou o traballo.

Como se mencionou na introdución, a terapia narrativa utiliza con frecuencia descrições, textos, declaracións... polo que considero relevante analizar con máis detalle o significado de cada unha das tarefas narrativas que se propuxeron, así como o seu resultado.

A primeira delas foi o repaso da súa *HISTORIA DE VIDA* e consistiu en analizar en consulta o impacto que o trato e a educación recibida de pequeno tiveron na súa personalidade adulta. D foi educado de forma rixida, sen excesivas mostras de cariño e con ausencia da figura paterna. Todo iso, xunto coa personalidade da súa nai, a quen el mesmo define como manipuladora e fría; fixo que asumise desde pequeno o papel de cabeza de familia, non permitíndose cometer o máis mínimo

erro. Esta esixencia, responsabilidade, pouca tolerancia á incerteza e á frustración, acompañouno ata o momento actual e causoulle un gran sufrimento emocional. Cómpre sinalar que, a pesar de todo, foi quen de reverter a historia e educar ás súas fillas de forma flexible, tolerante, comprensiva... Abordar todo isto en consulta permitiulle a D elaborar e dar outro sentido á súa historia, ata o punto de que a relación coa súa nai, aínda que non é boa, é menos rixida que antes e D aprendeu a non deixar que siga influíndo moito nas súas accións e no seu estado emocional. Esta tarefa demostra a importancia de traballar a historia vital da persoa desde un enfoque centrado nos recursos.

Outra tarefa, que chamamos *CONECTANDO CON UN A TRAVÉS DE OUTROS*, consistiu en pedirlle que describise como lle gustaría que a súa filla maior, coa que comparte moitas características de personalidade, se comportase no traballo que realiza. Esta tarefa serviu tanto para facer máis explícita a semellanza de caracteres entre ambos como para facelo máis consciente de como o seu comportamento no ámbito laboral influía no seu malestar. A través desta tarefa, D puido establecer os límites que lle gustaría poñer no traballo, pero facendo referencia á protección que desexaría para a súa filla maior nun ambiente de traballo hostil (o seu). Así, ao poñer no seu lugar a unha das persoas máis importantes da súa vida, foi máis consciente dos factores que máis lle afectan e dos límites que podía poñer para reducir o malestar.

Na terceira tarefa, pedímoslle a D que, como adulto, escribise unha carta ao neno que foi cando tiña a idade da súa filla pequena dicíndolle o que cre que necesitaría escoitar do pai. A esta tarefa chamámoslle *A NECESIDADE DO TEU NENO*. Con este exercicio, D puido conectarse coas súas necesidades infantís e ser aínda máis consciente de como foi a súa infancia e do lonxe que estivo do que considera que debería ser unha infancia feliz para un menor. Esta tarefa sacou á luz a parte máis emoti-

va de D e puxo sobre a mesa, máis aínda se cabe, as diferenzas entre o seu papel de pai e o que tiñan os seus pais con el. A continuación, móstranse algúns fragmentos literais da tarefa realizada por D que poden axudar a ilustrar mellor o mencionado:

Ola, D. Disfruta da túa vida tanto como poidas; sé egoísta, pensa no que queres e non permitas que ningún, familia nin amigos, te leve para outro lado. Rébelate dende o primeiro momento porque canto máis aguantas e cedas, máis difícil será. [...] Sé o irmán do teu irmán, non o seu pai, porque cando pase o tempo daraste conta de que non tes irmán e cando teñas a M —filla menor— estarás tan canso de ser pai que non o desfrutarás o máis mínimo. [...] Sé un neno todo o tempo que poidas. [...] Non te pases a vida intentando facer o correcto ou sobresaíndo en todo, nin preocupándote polo que pensarán os demais; conséguelo con esforzo e cesión e nunca che fará feliz polo que non aguantas e pasas a outra cousa... e toda a túa vida será un rastro de cadáveres. Xa non tes un amigo. [...] Hai moitas cousas que non terás de neno, non só materiais. Non terás un pai coma tal, non terás recordos da infancia e sempre estarás preocupado por facer o correcto polos demais e non esixirás o que necesitas. [...] Encantaríame dicirche como facer estas cousas, pero non o sei. Do que estou seguro é de que, disposto a esforzarte, que sexa por ti.

Outra tarefa, denominada *CONSULTA CO SABIO QUE HAI DENTRO DE UN MESMO* (Dolan, 2003; Beyebach, 2021), consiste en pedirlle ao paciente que imaxine que pasaron uns anos e que co paso do tempo chegou a ser unha persoa máis sabia, e que a partir dese punto reflexione sobre algúns aspectos importantes da túa vida. Esta proposta convida á persoa a revisar todos os aspectos da súa vida e a valorar que cousas podería cambiar para sentirse mellor, máis satisfeita. A través desta tarefa, D puido poñer en perspectiva a súa vida pasada e actual, así como reflexionar sobre como lle gustaría pasar o resto da súa vida. Isto permitiulle revalorizar as «cousas» que eran verdadeiramente importantes para el, descubrindo que non se trataba de cousas materiais, de ter un bo traballo, de destacar,

senón de gozar do tempo cos seus seres queridos, dedicándose a actividades que trouxeran benestar e desfrutar da tranquilidade. A continuación cítanse extractos literais da tarefa realizada:

Teño 90 anos. Con 48 anos houbo un punto de inflexión na miña vida no que despois de tocar fondo e pasar moito tempo de baixa e en tratamento, conseguín coñecer as razóns de moitas cousas e por que actuei de certas formas que non me permitían desfrutar, pasando todo o día preocupado. [...] Reordenei as miñas prioridades e comecei a darlle valor ás cousas realmente importantes, ás que me fan sentir ben; pouco a pouco deixei atrás preocupacións que non eran miñas. [...] Seguimos veraneando xuntos —en referencia á súa familia e amigos—, no mesmo cámping de sempre, como cando as nenas eran pequenas. A miña relación coa miña familia cambiou. Os anos axudaron moito e, sobre todo, aprender a ser inmunes ás obrigas impostas. Isto axudoume en todas as facetas da miña vida. Aprendín a dicir “non” sen sentirme mal nin pensalo máis. Cando os meus pais morreron, a relación coa familia practicamente desapareceu. [...] Esta é basicamente a nosa vida, con moito mellor recordo da segunda metade que da primeira. É unha mágoa ter que baixar tanto para aprender a ser feliz e valorar o importante, pero feito a tempo para que o balance sexa positivo e poder dicir que a miña vida valeu a pena.

Finalmente, propúxoselle a D a tarefa de *AS LIÑAS VERMELLAS*. Esta tarefa propúxose para asentar aínda máis a valoración dos aspectos verdadeiramente importantes e facer reflexionar a D sobre a apertura a novas oportunidades, deixando de lado o seu estilo ríxido. Con esta tarefa puido comprobar que o único que nunca faría sería prexudicar ás persoas que máis lle importan. Ademais, serviu de peche á terapia xa que lle permitiu abrir novos horizontes en todos os ámbitos, reforzando este novo D máis flexible, máis consciente dos seus valores e dos seus obxectivos vitais.

Nesta tarefa explíctase a existencia dun debate no seo do equipo terapéutico, que permitiu abrir diferentes campos de actuación en

D. Esta técnica adoita ser moi útil cando os pacientes teñen un estilo ríxido.

CONCLUSIÓNS

Pódese concluír que, a través do proceso terapéutico realizado con D, conseguiu acadar os obxectivos que se marcaba ao inicio da terapia (a recordar, ser máis reflexivo e ter menos ansiedade). Pero non só iso, xa que a través da terapia narrativa foi quen de elaborar a súa historia vital e darlle un novo sentido, o que lle permitiu desenvolver unha serie de calidades que o levaron a un momento vital diferente: cun novo establecemento de prioridades, con límites claros respecto do que tolera ou non tolera na súa vida cotiá, cunha maior capacidade de desfrute e, tamén poderíamos dicir, cun maior coñecemento de si mesmo, da súa historia. Así mesmo, cabe destacar a importancia de realizar un traballo enfocado en explicitar a importancia dos valores do paciente na súa vida diaria.

Como terapeuta, este caso permitíume afrontar algúns dos meus medos e deume unha nova visión de casos que, nun primeiro momento, poden considerarse «difíciles». Creo que, grazas a ter coñecido e traballado con D, vou asumir os que nun principio puiden considerar casos complicados como «historias por descubrir» e retos aos que, soa ou en equipo, poder dar unha resposta de axuda.

BIBLIOGRAFÍA

- Bello, A. & Sánchez, V. M. (2003). Responsabilidad excesiva desde una perspectiva cognitivo-constructivista. Tratamiento de un caso. *Acción psicológica*, 2(2), 165-172.
- Beyebach, M. & Herrero de Vega, M. (2021). *200 tareas en terapia breve*. Herder.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G., & Selvini Palazzoli, M. (1991). *Paradoja y contraparadoja*. Buenos Aires: Paidós.
- Botella, C. & Gallardo, M. (1999). *El Trastorno Obsesivo Compulsivo*. Servicio de Publicaciones de la UNED.
- Castillo, I., Ledo, H. I., & Del Pino, Y. (2012). Técnicas narrativas: un enfoque psicoterapéutico. *Norte de salud mental*, X(42), 59-66.
- Cruz Fernández, J. P. (2009). Enfoque Estratégico y Formación de Terapeutas. *Terapia Psicológica*, 27(1), 129-142.
- Dolan, Y. (2003). *Trabajo con supervivientes de catástrofes y traumas*. Seminario impartido en el Máster en Terapia Familiar e Intervenciones Sistémicas de la Universidad Pontificia de Salamanca.
- Fernández-Liria, A., Rodríguez-Vega, B., Ortiz-Sánchez, D., Baldor Tubet, I., & González-Juárez, C. (2010). Effectiveness of a structured training program in psychotherapeutic skills used in clinical interviews of psychiatry and clinical psychology residents. *Psychotherapy Research*, 20(1), 113-121.
- Freeman, J., Epston, D. & Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños*. Editorial: Paidós.
- Fruggeri, L., Balestra, & F., Venturelli, E. (2023). *Las competencias psicoterapéuticas*. Editorial: Sentilibros.
- Guidano, V. (2003). *Conversaciones con Vittorio Guidano*. Sociedad Chilena de Terapia Posracionalista. Santiago de Chile.
- Haley, J. (1996). *Aprender y enseñar terapia*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., & Clark, D. M. (1989). *Cognitive Behavioural Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*. Oxford University Press.
- Hovarth, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relation between working Alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counselling Psychology*, (38), 139-149.
- Imber-Black, E. (2014). Eschewing Certainties: The Creation of Family Therapists in the 21st Century. *Family Process*, 53, 371-379.
- Kaplan, S. & Petetta-Goñi, S. P. (2019). *La cámara Gesell, una herramienta de entrenamiento para terapeutas sistémicos*. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires.
- Le Roux, P., Podgorski, C., Rosenbert, T., Watson, W. H., & McDaniel, S. (2011). Developing an outcome based assessment for family therapy training: the Rochester objective structured clinical evaluation (ROSCE). *Family process*, 50(4), 544-560.
- Linares, J. L. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y Salud*, 18(3), 381-399.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of therapeutic Alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(8), 438-450.
- Martínez-Taboas, A. (2012). La narrativa como guía de vida: las psicoterapias narrativas. *Ciencias de la conducta*, 27(1), 81-102.
- Minuchin, S. & Fishman, D. (1984). *Técnicas en terapia familiar*. Buenos Aires, Argentina. Paidós.
- Sluzki, C. (1992). Transformations: a blueprint for narrative changes in therapy. *Family Process*, 31, 217-230.
- Wittezaele, J.J. & García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona, España: Editorial Herder.



CASO 2

AVALIACIÓN NEUROPSICOLÓGICA DUNHA SÍNDROME AMNÉSICA TRANSITORIA RECORRENTE

**Anxo Fernández Villar, Cristina García Diez,
Nora Suárez Fuentes, Jennifer Cabaleiro Suárez**
*Psicólogo/a interno/a residente (PIR) na Área Sanitaria de Pontevedra e O
Salnés*

Uxía Martínez Hervés
*Médica interna residente (MIR) de Psiquiatría na Área Sanitaria de
Pontevedra e O Salnés*

Beatriz Fernández Malvido
*Facultativa especialista en Psicoloxía Clínica e Titora PIR na Área
Sanitaria de Pontevedra e O Salnés*

anxo.fernandez.villar@sergas.es

SUMARIO

CASTELÁN

COMO CITAR ESTE ARTIGO:

Fernández Villar, A., García Diez, C., Suárez Fuentes, N., Cabaleiro Suárez, J., Martínez Hervés, U., & Fernández Malvido, B. (2024). Avaliación neuropsicolóxica dun síndrome amnésico transitorio recorrente. *Anuario de Psicoloxía e Saúde*, 17, pp. 90–101. <https://copgalicia.gal/seccions/psicoloxia-e-saude/publicacions>

RESUMO

As síndromes amnésicas transitorias son entidades clínicas inusuais nas que se produce unha perda temporal e brusca dalgún proceso asociado á memoria. A amnesia global transitoria é unha síndrome neuropsicolóxica caracterizada por unha repentina amnesia anterógrada que dura menos de 24 horas e que non está acompañada doutras alteracións cognitivas ou síntomas neurolóxicos. Neste artigo preséntase un caso clínico dunha síndrome amnésica transitoria recorrente ao cal se lle realizou unha avaliación neuropsicolóxica. O obxectivo é a determinación de déficits cognitivos e psicopatolóxicos que contribúan á filiación diagnóstica e axuden a adecuar a posterior intervención terapéutica.

PALABRAS CHAVE — amnesia, amnesia global transitoria, memoria, avaliación neuropsicolóxica.

ABSTRACT

Transient amnesic syndromes are rare clinical entities in which there is a sudden, temporary loss of some process associated with memory. Transient global amnesia is a neuropsychological syndrome characterized by sudden anterograde amnesia that lasts less than 24 hours and is not accompanied by other cognitive impairments or neurological symptoms. This article presents a clinical case of a recurrent transient amnesic syndrome in which a neuropsychological evaluation has been performed. The aim is to determine cognitive and psychopathological deficits that contribute to the diagnostic affiliation and help to adapt the subsequent therapeutic intervention.

KEY WORDS — amnesia, transient global amnesia, memory, neuropsychology evaluation.

INTRODUCCIÓN

As síndrome amnésicas agudas transitorias son eventos clínicos pouco frecuentes caracterizados pola perda dalgún tipo de proceso vinculado á memoria (Alessandro et al., 2020). Entre eles, atópase a amnesia global transitoria (AGT), unha síndrome neuropsicolóxica caracterizada por unha afectación da memoria anterógrada, e retrógrada variable, sen asociar outras alteracións cognitivas nin signos de focalidade neurolóxica. Durante as crises de AGT, a conciencia, a identidade persoal e a atención permanecen conservadas (Toledo et al., 2005). A duración do episodio é menor a 24 horas e tras a súa resolución os síntomas desaparecen na súa totalidade, aínda que certas alteracións na memoria e nas funcións executivas poden perdurar nos días seguintes á súa resolución (Triviño et al., 2021). Os estudos estiman unha prevalencia de 3,4-10,4 por 100.000 habitantes, con maior frecuencia en persoas de 60 a 70 anos, afectando por igual a homes e mulleres, e sendo a probabilidade de recorrencia, tras un primeiro episodio, baixa (Alessandro et al., 2020; Triviño et al., 2021).

A pesar de ser unha entidade diagnóstica establecida, aínda non existe consenso respecto da etioloxía da AGT. Con todo, algúns estudos coinciden en considerala unha ponte entre o orgánico e o psicógeno (Marín-García e Ruiz-Vargas, 2008). A investigación neuroanatómica centrouse en explorar a implicación de estruturas do lóbulo temporal medial relacionadas coa memoria episódica e, en concreto, co posible dano ou disfunción das zonas CA1 e CA3 do hipocampo. Estas rexións son especialmente vulnerables á hipoxia, substancias metabólicas e tóxicas (Alessandro et al., 2020). Ademais, este tipo de amnesia relacionouse con cambios hemodinámicos no cerebro, así como coa depresión xeneralizada da actividade neural causada polas hemicranias, sendo estas un factor de risco claramente asociado coa aparición desta síndrome (Triviño et al., 2021). Desde o punto de vista psicolóxico, des-

cribiuse un perfil de personalidade caracterizado por actitudes fóbicas que, combinadas cun factor precipitante como situacións de estrés emocional, esforzo físico ou cambios bruscos de temperatura, puidesen producir unha vasoconstricción cerebral e, consecuentemente, unha hipoperfusión transitoria da función hipocampal (Marín-García e Ruiz-Vargas, 2008; Toledo et al., 2005).

Os pacientes con AGT describíronse como particularmente sensibles ao estrés psicolóxico. Con frecuencia, os familiares informan de acontecementos vitais de elevada carga psicolóxica no ámbito persoal do paciente previos ao episodio de AGT (Becquet et al., 2021). Por este motivo, resulta esencial o diagnóstico diferencial coa amnesia psicóxena.

A amnesia de orixe funcional ten un inicio agudo limitado á memoria episódica autobiográfica cunha perda da identidade variable. Non é frecuente a aparición de amnesia anterógrada. Así mesmo, é precedida habitualmente por un causante traumático e presenta un mecanismo subxacente dissociativo. Por outra banda, a amnesia psicóxena é máis frecuente en pacientes máis novos que a AGT (menores de 50 anos *vs.* maiores de 50 con maior incidencia na setentena no caso da AGT) (Belloch et al., 2020; Marín-García e Ruiz-Vargas, 2008; Toledo et al., 2005).

É importante realizar un bo diagnóstico diferencial con outros cadros orgánicos, principalmente de orixe neurolóxica e vascular. Para o diagnóstico da AGT deben excluírse traumatismos cranioencefálicos, actividade epileptiforme, accidentes isquémicos transitorios (AIT) e ictus. Na amnesia epiléptica transitoria os episodios son moi breves (menos dunha hora) e máis recorrentes. Pola contra, na AGT é habitual un único episodio, presentando soamente entre un 5 e un 15 % dos pacientes máis dun episodio (Belloch et al., 2020; Marín-García e Ruiz-Vargas, 2008). A amnesia debida a AIT comparte a duración menor a 24 horas e a restitución *ad integrum* coa

AGT. Con todo, presenta síntomas focales frecuentes como ataxia, alteración sensoriomotora, hemianopsia, nistagmo e disartria, que non adoitan observarse na AGT. Tamén se exclúen danos isquémicos, intoxicación de substancias ou desordes metabólicos.

As características da AGT son particulares e están asociadas á amnesia anterógrada. Os pacientes aparentan estar desorientados no espazo e, sobre todo, no tempo; con todo, son capaces de usar a información contextual e o coñecemento previo do mundo para facer inferencias sobre a súa situación. Non producen fabulacións e durante o episodio son capaces de conversar e facer tarefas complexas, xa que conservan a atención e a capacidade para estar en alerta. O máis frecuente é que as testemuñas observen un cambio abrupto na expresión, actitude ou comportamento do paciente, ben por un aumento ou por un descenso da actividade. Na maioría dos casos, aparecen como trazos distintivos preguntas e comentarios repetitivos sobre, por exemplo, a hora do día, unha actividade recente ou sobre como chegaron ao lugar no que se atopan. Os pacientes séntense estraños e incómodos e saben que lles sucede algo, pero non adoitan identificar o seu problema como unha perda de memoria.

A AGT é frecuente en períodos de estrés e de excesiva carga laboral. Os escenarios nos que adoita aparecer son: inmersión en auga fría ou quente, natación, experiencias dolorosas, esforzo físico, estrés emocional, relacións sexuais, condución de vehículos de motor, equitación dacabalo, viaxes en avión, sesións de exame médico, paseos, traballos da casa, reunións de negocios etc. A maioría das veces o individuo está a facer unha actividade rutineira ou automatizada, atópase só ou ben acompañado, pero nun contexto que non require unha comunicación activa, o que lle permite dirixir o foco atencional aos seus propios pensamentos. Algúns autores consideran a activación emocional como un posible factor precipitante. Con todo, téndese a sobre-

estimar a importancia emocional de calquera evento que precede a unha amnesia. Tamén se asociou á inxesta de diferentes substancias, como sildenafil, fármaco con efecto vasodilatador prescrito para disfuncións eréctiles. É importante sinalar que a porcentaxe de persoas que desenvolven unha AGT nas que non se atopa un factor causante é bastante elevado (Marín-García e Ruiz-Vargas, 2008).

Como xa se mencionou anteriormente, a AGT non adoita ser recorrente, pero ao redor do 15 % dos pacientes poden padecer varios episodios (Marín-García e Ruiz-Vargas, 2008). Os pacientes con AGT recorrente presentan un maior risco de sufrir ictus en comparación con aqueles que tiveron un só episodio (Toledo et al., 2005). Ademais, a hemicrania asociouse cunha maior predisposición a que se repitan novos episodios (Alessandro et al., 2020). A recorrencia de AGT en pacientes con risco vascular podería estar vinculada á aterosclerosis cerebral, xa que a arteriosclerosis altera a reactividade vascular e favorece a hipoperfusión, afectando áreas especialmente sensibles como o hipocampo (Toledo et al., 2005).

En canto ao curso da AGT, este é en xeral favorable, dado que a incidencia de recorrencia é baixa e a recuperación poscrise adoita ser absoluta. Os pacientes que experimentan un único episodio non presentan maior risco de deterioro cognitivo, ictus ou epilepsia (Alessandro et al., 2020). A pesar diso, certas alteracións na memoria e nas funcións executivas poden perdurar nos días seguintes á súa resolución, aínda que os pacientes perciban unha recuperación completa (Marín-García e Ruiz-Vargas, 2008; Triviño et al., 2021). Aínda que se pode apreciar unha restitución íntegra ao cabo dunhas semanas, esta pode ser máis prolongada e incompleta tras episodios recorrentes (Corral, 2018).

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Home de 57 anos. Casado, pai de tres fillos. Reside coa súa muller e un fillo. Escolarización ata os 16 anos. Traballa como vendedor nunha tenda de bricolaxe, de ILT o último ano e medio.

ANTECEDENTES FAMILIARES

- Avó paterno: tumor cerebral.
- Pai: hemorraxia cerebral non letal aos 53 anos.
- Irmá: cavernoma en tronco cerebral.

ANTECEDENTES PERSOAIS RELEVANTES

- Non alerxias medicamentosas coñecidas. Autónomo para as actividades da vida diaria. Destro. Presbicia corrixida con lentes. Hipertensión arterial. Nega hábitos tóxicos. Intervencións cirúrxicas: menisco de xeonllo bilateral, fisura do tendón de Aquiles, vasectomía.
- Tratamento domiciliario: Irbesartan/hidroclorotiazida 150mg/12,5mg; Amlodipino 10mg, Tadalafilo 20mg; Escitalopram 10mg.

ANAMNESE

O paciente padeceu catro episodios repentinos de amnesia transitoria nos últimos dous anos. En coincidencia temporal tras o primei-

ro episodio, refire queixas cognitivas que interfíren no seu funcionamento diario. Acode a consultas de Neuroloxía remitido desde Urxencias tras o primeiro episodio, onde se realiza unha exploración neurolóxica sen achar alteracións significativas. Nega cefaleas, caídas ou traumatismos cranioencefálicos previos ao comezo dos episodios. Tampouco refire consumo de tóxicos nin cambios no seu tratamento habitual. Solicítanse probas de neuroimaxe complementarias (TC, RM e SPECT) e analíticas de sangue, estando os resultados das mesmas dentro da normalidade, non constatando achados patolóxicos.

Durante o seguimento por parte de Neuroloxía, o médico de atención primaria do paciente solicita tamén valoración por Psiquiatría da Unidade de Saúde Mental (USM), quen identifica un trastorno de ansiedade con descrições de síntomas dissociativos e se lle pauta Escitalopram sen que o paciente perciba melloría.

Devanditos episodios amnésicos prodúcense sen aparente causante identificado polo propio paciente ou os familiares. O primeiro episodio ocorreu durante un período que o paciente experimentou como estresante no laboral. Unha mañá atopábase no seu coche de camiño ao traballo e, horas despois, non lograbaa acordarse do sucedido durante ese lapso de tempo, polo que chamou á súa filla angustiada para que o recollese e levase a Urxencias. No traxecto cara ao Hospital reiteraba preguntas tratando de orientarse (que día é, quen o recolheu, onde estaba a súa neta, por que estaba alí etc.) e, posteriormente, expoñía dúbidas acerca de preocupacións laborais (onde está o móbil da empresa, quen o ten etc.). Pola noite, atopándose aínda en Urxencias, a clínica comezou a remitir espontaneamente, sendo capaz de manter unha conversa coherente aínda que presentando algunhas disnomias. Os episodios posteriores producíronse mentres o paciente se atopaba a soas no seu domicilio. No transcurso dos mesmos, os familiares áchano nos arredores da súa localidade con sensación

de estranxeza respecto a si mesmo, sen saber como chegara ata alí, reiterando preguntas e estando visiblemente angustiado.

Tanto o paciente como o seu acompañante refiren déficits cognitivos transitorios e flutuantes tras o padecemento do primeiro episodio en forma de descoidos, esquecementos e dificultades para o recoñecemento de persoas. Explica que, en ocasións, non lembra como utilizar algunhas ferramentas cotiás ou que cando vai realizar unha tarefa despístase con outras secundarias e acaba por esquecerse da primeira. Tamén indica que, tras un breve espazo de tempo no cal sae a pasear ou tomar o aire, estes déficits resólvense espontaneamente. A muller corrobora que os déficits son variables e que o paciente se mostra moi obsesivo con estas diminucións, rumiando nos seus esquecementos provocándolle unha maior angustia. A percepción do curso destas queixas consideran que é estable, aínda que, polo descrito nos seus antecedentes, impresiona que a interferencia destes déficits na funcionalidade é cada vez maior. O seu estado de ánimo é flutuante, tendente á irritabilidade e á apatía, estando retraído socialmente debido a iso. Experimenta episodios de ansiedade en diversos contextos, manifestándose como sensación de calor, prurito, dispnea e abafo. Estes síntomas xéranlle a necesidade de saír ao exterior e impídenlle tranquilizarse en por si. Atópase preocupado por saber que é o que lle ocorre e a súa posible solución, dado que ten medo de retornar ao traballo e non poder render como antes. A súa muller reafirma o seu cambio anímico e sinala que o paciente se frustra coas súas queixas cognitivas, mostrándose máis impaciente e susceptible en comparación co seu funcionamento premórbido.

MOTIVO DE CONSULTA

O médico especialista en Neuroloxía que atende ao paciente deriva ao Programa de Avaliación Neuropsicolóxica do Servizo de

Psiquiatría da Área Sanitaria de Pontevedra para valoración neuropsicolóxica. As consultas foron levadas a cabo por un psicólogo interno residente (PIR) coa supervisión directa da psicóloga especialista en psicoloxía clínica e facultativa especialista encargada do programa.

OBXECTIVOS

Realizar unha avaliación neuropsicolóxica para determinar os déficits que padece o paciente e tratar de establecer unha orientación diagnóstica considerando os datos achegados polo seu perfil de personalidade e o seu perfil psicopatolóxico.

INTERVENCIÓN

A intervención consistiu nunha avaliación do estado cognitivo e emocional do paciente mediante o estudo da historia clínica, entrevistas clínicas mantidas co paciente e os seus familiares, así como a administración de probas e cuestionarios que se dividiron en dous apartados: a valoración cognitiva e a psicopatolóxica. O paciente asinou o consentimento informado para incluír o seu caso na liña de investigación de Neuropsicoloxía do Servizo de Psiquiatría. Para realizar a valoración cognitiva administráronse o Addenbrooke's Cognitive Examination III (ACE-III), a proba Vocabulario da Escala de Intelixencia de Wechsler para Adultos-IV (WAIS-IV), o Trail Making Test (TMT), o Test de Cores e Palabras (STROOP), o Test da Figura Complexa de Rey e Proba de Recoñecemento (RCFT), o Test Auditivo-Verbal de Rey (RALVT) e a proba Díxitos da Escala de Memoria de Wechsler-III (WMS-III). As probas realizadas para a valoración psicopatolóxica e de personalidade foron o Cuestionario de experiencias

disociativas (DES) e o Inventario Multifásico de Personalidade de Minnesota-2 (MMPI-2).

Os resultados preséntanse de maneira descritiva e integrada para facilitar a súa posterior interpretación e entender dunha maneira máis precisa e representativa o funcionamento psicolóxico do paciente. Nos anexos recóllense as puntuacións obtidas nas distintas probas.

A capacidade intelectual premórbida estimada atopárase no rango medio. Na valoración cognitiva realizada constátase un déficit no rendemento das probas que avalían velocidade de procesamento, que podería estar en relación cun estilo de resposta conservador debido a certa ansiedade de execución e á tendencia ruminante do paciente. A puntuación que obtén no recoñecemento verbal e visual é significativamente inferior ao seu grupo normativo, sendo significativo tamén que se percibiron certas reiteracións durante a evocación de palabras na proba de recordo inmediato e que o estilo de copia da figura complexa de Rey é desorganizado. Os fallos cotiáns referidos tanto polo paciente como o seu acompañante poderían estar en relación cun bucle ruminante-ansioso tendo en conta o seu estado psicopatolóxico actual. O paciente presenta unha imaxe favorable de si mesmo, socialmente axustada aos valores convencionais, pero ten dificultades para comunicar os seus problemas, sen sentirse capaz de resolvelos en por si. É vulnerable á sensación de ansiedade, tensión e estrés, xerando medos fóbicos e unha importante inquietude interna que lle leva á inhibición social e ao retraemento. Percibiuse e obxectívase un funcionamento ansioso-obsesivo que interfere na regulación emocional de estados de estrés e inestabilidade psíquica, sendo o tempo fóra e o escape automático da situación o afrontamento condutual que realiza habitualmente. Así mesmo, sente malestar social e preocupación ao redor da súa repercusión no ámbito familiar e laboral. Non supera o punto de corte para considerar un trastorno disociativo, aínda que obtén puntuacións elevadas en *ítems* que describen fenóme-

nos de lagoas temporais e ausencias mentais. Tampouco impressiona que o paciente teña experimentado estresores que puidese percibir como traumáticos.

Unha vez obtidos os datos recompilados na avaliación, realizouse unha devolución dos resultados ao servizo derivante de Neuroloxía. Decidiuse tamén recomendar ao psiquiatra que atende ao paciente na USM que valorase a posibilidade de derivalo a Psicología Clínica da súa Unidade. O motivo da devandita derivación radica na percepción dun estado psicopatolóxico alterado que está a dificultar o correcto desempeño funcional do paciente na súa vida cotiá. Os obxectivos propostos para a intervención por Psicología Clínica estarían encamiñados a lograr unha mellor regulación emocional do paciente e valorar a necesidade dunha intervención a nivel familiar dadas as repercusións na dinámica relacional tras os episodios de AGT.

CONCLUSIÓNS

A dificultade na filiación do caso radica en que, como é esperable, o paciente mantén unha lagoa amnésica do comezo dos episodios e, ademais, non existen testemuñas que informen do inicio dos mesmos, dado que non se atopaba acompañado en ningún deles. A información acerca das características dos episodios é achegada por familiares que achan ao paciente durante o padecemento das crises varias horas despois de que comezaran e polos servizos médicos de Urgencias que o atenderon no primeiro episodio.

O paciente padeceu varios episodios de amnesia transitoria anterógrada corroborados por testemuñas, que iniciaron abruptamente e se resolveron en menos de 24 horas. Durante estes episodios non se observa perda da identidade persoal nin afectación doutras funcións cognitivas ou alteración da conciencia, aínda que si se atopou confuso, angustiado

e con sensación de estranxeza. Na valoración cognitiva obxectivouse un baixo rendemento en probas que avalían velocidade de procesamento e certos erros de recoñecemento e re-iteracións. Así mesmo, tras a administración do Inventario Multifásico de Personalidade de Minnesota-2 (MMPI-2), constátase un perfil de alteracións psicopatolóxicas que diversos estudos relacionan con maior susceptibilidade a padecer AGT ao concorrer con eventos estresantes cotiáns.

Coa información recollida o diagnóstico de amnesia psicóxena impresiona menos probable debido a non identificarse eventos traumáticos causantes, non verse comprometida a memoria biográfica retrógrada selectiva, a presenza de amnesia anterógrada (non habitual en amnesias funcionais), a idade do paciente (maior de 50 anos) e a duración dos episodios (menor a 24 horas). Así mesmo, adminístraselle a escala DEAS (Dissociative Experiences Scale), non superando o punto de corte para considerar un trastorno dissociativo, a pesar de describirse fenómenos de lagoas temporais e ausencias mentais.

Respecto ao diagnóstico diferencial de amnesias orgánicas, non se refire consumo de tóxicos, TCE, factores de risco cardiovascular (fóra de hipertensión arterial) ou diagnóstico de epilepsia. Ademais, as probas complementarias e de neuroimaxe non acharon alteracións patolóxicas. Tendo en conta todo o exposto previamente, conclúese que o diagnóstico máis probable sexa o dunha amnesia global transitoria recorrente. En canto á súa etioloxía, non parece que exista unha orixe única para a devandita afección e é probable que o desenvolvemento desta síndrome estea mediatizado pola relación entre múltiples variables orgánicas e psicolóxicas. Independentemente da etioloxía subxacente, a avaliación neuropsicolóxica resultou relevante para realizar un adecuado diagnóstico diferencial e poñer unha abordaxe terapéutica segundo as alteracións e déficits achados.

Bibliografía

Alessandro, L., Ricciardi, M., Chaves, H., & Allegri, R. F. (2020). Acute amnesic syndromes. *Journal of the Neurological Sciences*, 413, 116781. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2020.116781>

Becquet, C., Cogez, J., Dayan, J., Lebain, P., Viader, F., Eustache, F., & Quinette, P. (2021). Episodic autobiographical memory impairment and differences in pronoun use: Study of self-awareness in functional amnesia and transient global amnesia. *Frontiers in Psychology*, 12, 624010. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.624010>

Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2020). *Manual de psicopatología* (3a ed., Vol. I, p. 222). Madrid: McGraw-Hill.

Corral Varela, M. (2018). *Evaluación neuropsicológica de la memoria* (pp. 51-52). Editorial Síntesis.

Marín-García, E., & Ruiz-Vargas, J. M. (2008). Amnesia global transitoria: una revisión. I. Aspectos clínicos. *Revista de Neurología*, 46(1), 53-60.

Marín-García, E., & Ruiz-Vargas, J. M. (2008). Amnesia global transitoria: una revisión. II. Análisis neurocognitivo. *Revista de Neurología*, 46(2), 115-122.

Marín-García, E., & Ruiz-Vargas, J. M. (2011). Memoria y metamemoria durante la amnesia global transitoria: estudio comparativo sobre su evolución a largo plazo. *Revista de Neurología*, 53, 15-21.

Triviño Mosquera, M., Arnedo Montoro, M., & Bembibre Serrano, J. (2021). *Neuropsicología a través de casos clínicos* (2a ed., pp. 129-141). Editorial Médica Panamericana.

Toledo, M., Pujadas, F., Purroy, F., Lara, N., Quintana, M., & Álvarez-Sabín, J. (2005). La amnesia global transitoria recurrente, una manifestación de la enfermedad isquémica cerebrovascular. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 125(10), 361-365.

ANEXO

ACE-III

Dominio	Puntuación directa
Orientación/Atención	18/18
Memoria	25/26
Fluencia	10/14
Linguaxe	26/26
Visuoespacial	16/16
Total	95/100

WAIS-IV (probas seleccionadas)

Vocabulario: Pd=30, Pe=11

TMT

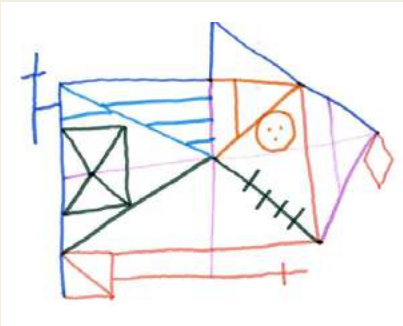
	Tempo (segundos)	Pe
TMT A	105	4
TMT B	144	7

STROOP

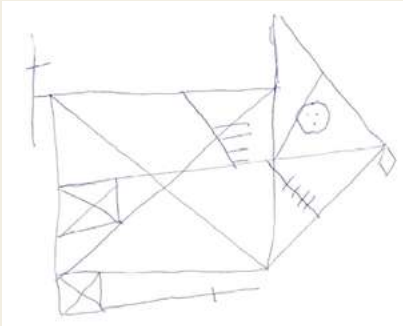
	Pd	Pe
P	54	5
C	50	7
PC	18	5

RCFT (Test da Figura Complexa de Rey e proba de Recoñecemento)

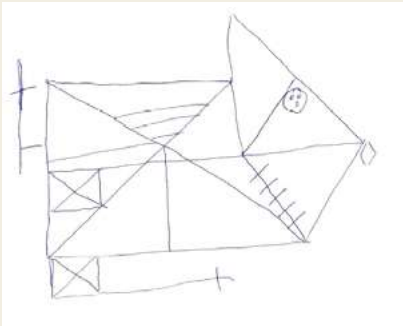
VARIABLE	Pd	Puntuación normalizada
Tempo de copia	300	Pc >16
Tipo de execución	IV: Xustaposición de detalles	Pc <10
Puntuación en copia	36	Pc >16
Memoria inmediata	22	T = 58
Memoria demorada	23	T = 61
Recoñecemento	18	T = 37



Copia



Memoria inmediata



Memoria Demorada

Debuxa a cruz esquerda e continúa coa parte superior do rectángulo, segue polo diamante da dereita e logo o cadrado de abaixo (detalles sobre rectángulo non construído na súa totalidade). O tipo de copia que realiza é deficiente en canto a súa planificación.

RALVT (Test Auditivo-Verbal de Rey)

VARIABLE	Pd	T
A1	5	43
A2	8	45
A3	10	47
A4	10	43
A5	11	45
Total A1-A5	44	46
B	7	56
A6	9	47
A7	8	44
Intrusiones	0	> 80
Comisiones	0	56
Repeticiones	10	46
Reconocemento A	8	< 20
Reconocemento B	6	54
Falsos positivos (total)	0	61
Equivocación de A di B	1	51
Equivocación de B di A	0	55

WMS-III

Díxitos: DD Pd=7, DI Pd= 6, Pt=13, Pe=9

DES (Cuestionario de experiencias disociativas)

Pd=30 (Punto de corte para valoración de trastorno disociativo=30)

MMPI-2

<i>Crua</i>	10	12	8	23	39	33	24	28	10	44	41	21	49
PNT	71	58	36	68	84	72	50	56	47	74	63	52	75
T	L	F	K	1. Hs	2.D	3. Hy	4. Pd	5. Mf	6. Pa	7. Pt	8. Sc	9. Ma	0. Si

17	17	14	18	19	8	13	19	11	11	14	21	9	26	19
69	79	72	68	72	63	69	66	53	55	68	79	57	77	74
ANX	FRS	OBS	DEP	HEA	BIZ	ANG	CYN	ASP	TPA	LSE	SOD	FAM	WRK	TRT

Codificación del perfil: 2''073'1+8-594/6: L'F/K#

CASO 3

ATENCIÓN PSICOLÓGICA AO FINAL DA VIDA NO CONTEXTO DO COVID-19

Ana Amado Mera

*Psicóloga Clínica. Área Sanitaria de Santiago de Compostela e
Barbanza*

ana.amado.mera@sergas.es

SUMARIO

CASTELÁN

COMO CITAR ESTE ARTIGO:

Amado Mera, A. (2024). Atención psicológica ao final da vida no contexto do COVID-19. *Anuario de Psicoloxía e Saúde*, 17, pp. 102–109. <https://copgalicia.gal/seccions/psicoloxia-e-saude/publicacions>

RESUMO

No presente traballo preténdese explicar e valorar actuacións desde o campo da psicoloxía na situación de pandemia causada polo Coronavirus (COVID-19). Ante a necesidade de dar unha resposta psicosocial a aquelas persoas afectadas directamente pola pandemia, o Equipo de Atención Psicosocial-EAPS Cruz Vermella, dentro do Programa para a Atención Integral a Persoas con Enfermidades Avanzadas, foi solicitado para colaborar polo Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña para dar cobertura á atención psicolóxica dos pacientes ingresados por COVID-19 e aos seus familiares, durante o proceso de enfermidade e tamén tras o falecemento do seu familiar en caso de detectarse factores de risco de dó complicado. O obxectivo principal deste traballo é describir un caso clínico onde se relacionan e aplican os coñecementos básicos para o apoio psicolóxico en coidados paliativos nesta nova realidade, a través da intervención por medios telemáticos

PALABRAS CHAVE — apoio psicolóxico, pandemia, dó, atención a familias.

ABSTRACT

This paper aims to explain and evaluate actions from the field of psychology in the context of the pandemic caused by the Coronavirus (COVID-19). Given the need to provide a psychosocial response to those directly affected by the pandemic, the Equipo de Atención Psicosocial-EAPS Cruz Roja, within the Program for Atención Integral a Personas con Enfermedades Avanzadas, was requested by the Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña to provide psychological care to patients hospitalized for COVID-19 and their family members, both during the illness and after the death of their family member, in case of detecting risk factors of complicated grief. The main objective of this work is to describe a clinical case where they relate and applied basic knowledge for psychological support in palliative care in this new reality, through intervention by telematic means.

KEY WORDS — psychological support, pandemic, grief, family care.

INTRODUCCIÓN

A «Estratexia en Coidados Paliativos do Sistema Nacional de Saúde» (2007), así como o «Plan Galego de Coidados Paliativos» (2014), recollen como aspecto principal proporcionar unha asistencia total e integral ao enfermo e familiares e definen unha serie de obxectivos, dando un peso importante aos aspectos emocionais e psicolóxicos. Unha das tarefas básicas é axudarlles a afrontar e poder integrar esta realidade nas súas vidas, xa que os estilos ríxidos e a falta de comunicación acerca das cuestións emocionais poden bloquear a adaptación neste momento (Rolland, 2000).

Desde o Equipo de Atención Psicosocial (EAPS) de Cruz Vermella, A Coruña, dentro do «Programa para a Atención Integral a Persoas con Enfermidades Avanzadas» promovido por La Caixa, desenvólvese unha actividade asistencial centrada na intervención e no apoio para axudar a persoas con enfermidades avanzadas e ás súas familias para soportar o proceso de enfermidade. Desde o Complexo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), entre outras funcións, aténdese ás persoas que acompañan/coidan aos seus familiares durante unha hospitalización, garantindo o soporte á familia ao alta hospitalaria e derivando para unha intervención en dó cando se require.

Deste xeito, cando emerxe a pandemia do Coronavirus, expónse a alta importancia do acompañamento a persoas afectadas directamente e os seus familiares por parte dos profesionais, que pode axudar a amortecer as dificultades que xorden como consecuencia, neste caso, dunha enfermidade infecciosa grave, de maneira que se fortalezan recursos e resiliencia e se prevexa ou minore a posibilidade de problemas futuros na elaboración do dó.

Neste artigo relátase o procedemento de atención a un familiar dunha paciente afectada pola enfermidade COVID-19. A través desta descrición, márcase como obxectivo definir as

necesidades persoais detectadas para aplicar e relacionar os coñecementos básicos do apoio psicolóxico en coidados paliativos neste novo contexto, recorrendo á intervención por medios telemáticos. Ademais, valóranse aspectos relativos á eficacia da intervención mediante o rexistro de resultados cualitativos de mellora subxectiva e satisfacción percibida da atención.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Luis é un home solteiro de 37 anos que traballa nun gabinete de comunicación. Vive en Venezuela e chega a España de vacacións xunto á súa nai de 71 anos, para estar primeiramente en Galicia cuns amigos e despois trasladarse a Madrid onde reside unha familiar.

MOTIVO DE CONSULTA

Luis é derivado para atención psicolóxica polo traballador social do hospital tras ofrecemento e aceptación do servizo, xa que a súa nai foi infectada por COVID-19 e permanece ingresada na UCI presentando unha mala evolución, o que fai que se propoña acompañamento psicolóxico por criterios de risco e complexidade.

OBXECTIVOS

- Activar os recursos persoais do familiar (capacidade de distracción, autocoidado, actividade social...) dentro das posibilidades existentes polo confinamento.
- Promover un manexo da sintomatoloxía emocional experimentada polo familiar.

INTERVENCIÓN

Realízase **entrevista inicial** o 31 de marzo de 2020, mediante chamada telefónica ao fillo da paciente. Luis refire, durante estes primeiros días, exceso de activación, alta tensión, nerviosismo, sensación de axitación e taquicardias, e unha actitude de bloqueo comunicativo. Expoño que non desexo incomodalo coas miñas preguntas e que non é necesario que as conteste se non o desexa. Di non sentirse incómodo. El tivo síntomas leves durante uns días, estaba mal respiratoriamente pero di que, desde o ingreso da súa nai na UCI e a alerta vivindo a gravidade, fixéronlle mellorar e atoparse máis forte. Apetito preservado. Sono alterado con dificultade para a conciliación. Ten coñecemento sobre a enfermidade e pronóstico da súa nai, non precisa máis información neste momento. Expectativas axustadas.

Presenta malestar emocional moderado congruente coa situación, expresa *«o peor creo que xa pasou, que foi o “shock” inicial da situación que estamos a vivir»*. A paciente leva dous días na UCI e foron intensos pola espera para a información e a constante vixilancia. Sen antecedentes en saúde mental coñecidos.

Atópase confinado el só nun apartamento de alugueiro pero mantén comunicación co seu pai e demais membros da familia e tamén con amizades que lle axudan neste momento tan duro. Informa de boa cohesión e apoio familiar e social percibido.

Católico non practicante, as súas crenzas relixiosas non supoñen un recurso para el. Mantén esperanza, di que é o que agora lle axuda a seguir.

Durante a sesión, dáse a oportunidade a Luis de preguntar, expresar os seus temores e ser consolado. Recoillo e normalizo a experimentación de sentimentos negativos que pode presentar, reforzando os seus recursos. Validación e ventilación emocional. Ofrécese a posibili-

dade de seguimento e a dispoñibilidade telefónica directa.

Valórase unha adaptación moderada á enfermidade da súa nai. Impresiona un bo afrontamento, a pesar da escaseza e limitación de redes sociofamiliares de apoio polo confinamento, o que se sinalaría como principal indicador de complexidade do caso.

Aos dous días, realízase unha **segunda chamada** para proceder co seguimento. A información que transmiten desde a UCI é mala, aplicarán á paciente un tratamento de rescate. Adáptome ao ritmo de Luis, respectando a súa esperanza mentres o achegamos aos poucos á realidade (*«pode que se recupere, pero sería bo poder contemplar a posibilidade se non fose así»*). Informa de que a sensibilidade ante calquera sinal foi desaparecendo, refire maior tranquilidade, esperanza e aprendizaxe de todo o que está a vivir, considera que isto o cambiou, sabe que pode ser unha defensa, pero que o importante é saber se poderá volver ver á súa nai. Expresa certa negación consciente para afrontar o que ocorre *«evito pensar»*.

Leve malestar emocional. Mantén rutinas e interacción cos seus principais apoios.

Escribe unha descrición para entender o sucedido, fomento que tamén inclúa as súas propias emocións. Busca un sentido ao significado de que isto suceda aquí en Galicia, terra á que a súa nai ten tanto agarimo e sinala *«se a enfermidade acaba coa vida da miña nai, será porque ten que ser así»*. Eloxio o seu afrontamento e resiliencia fronte á súa realidade e illamento.

Durante a **terceira e cuarta sesión**, Luis móstrase preocupado, con leve inquietude, manifesta malestar pola situación e polo que significan tantos días en UCI con mala evolución. El mantén incredulidade ante o proceso, aínda que con expectativas axustadas. Continúa coa elaboración simbólica da situación que está a vivir, explica a importancia desta terra para a súa nai, *«todo parece ter un sentido, aínda que moi triste»*. Proporciono un espazo para a



Foto: Magda Ehlers

ventilación emocional e fomento apoios e autocoidado. Agradece a chamada e poder falar da situación que está a vivir.

O 11 de abril desde o hospital notificannos o *exitus* da paciente en UCI por COVID-19. Realízase **chamada de condolencias** ao fillo e **valoración inicial de dó**.

Explica a situación do falecemento, coñecía a gravidade e mala evolución da súa nai, pero mantiña a confianza nunha posible recuperación. Cando o chamaron do hospital para transmitir a mala noticia, estaba a falar por videochamada co seu pai en Venezuela e comunicáronllo aos dous. Actualmente está á espera das cinzas e de comezar os trámites para

volver ao seu país. Consciente de que aínda quedan unhas semanas difíciles, de vivir en soidade e permanecer en corentena, antes de poder abrazar ao seu pai.

Malestar axustado ao tempo, predomina a tristeza, quere centrarse na dor, «*necesítooo*». Facilito a expresión, que Luis poida poñer palabras ao que sente, o que favorece tomar consciencia dos sentimentos que experimenta e axudarlle a alivialos. Traballamos sobre o dó e a perda como reacción adaptativa, como dor e desafío para continuar a reconstrución, «*o dó debe doer para poder sandar*» e infórmase das manifestacións normais deste proceso. Considérase que a súa nai non tivo unha boa morte,

pero atópalle sentido á idea de que *«tivo que ser aquí, na Coruña, terra do meu avó e amada pola miña nai; agora sinto que estou máis unido a eles»*. Explórase mediante narrativas aqueles feitos que son realmente relevantes e que lle deron significado á súa vida.

Continúa o illamento por confinamento pero mantén interacción virtual. Bo apoio social. Autocoidado e descanso preservados. Non presenta culpa nin pensamentos invasivos. Boa capacidade para expresar emocións. Percepción de recursos suficientes para afrontar a perda. Normalízanse determinados sentimentos ambivalentes sen emitir xuízos de valor.

Impresiona a boa adaptación xeral, sen indicadores de dó complicado na valoración inicial, baseados nos preditores de dó complicado (SECPAL, 1995). Amósome dispoñible. Acordamos seguimento durante o proceso de estancia en España.

Aos poucos días realízase a **segunda chamada de seguimento de dó**. Luis presenta bo axuste emocional á situación de perda recente, empezando a concibir como real a morte da súa nai. Expresa as súas emocións, pero considera que o illamento está a facer máis complexo o proceso e está a desexar ver á súa familia e amigos, aínda que, a pesar da distancia, se sente moi preto deles. Continúa cos seus escritos, agora máis centrados na ambivalencia de sentimentos asociados á súa nai, *«ás veces parece que estou escribindo para ela, gustaríame que puidese ler o que a quero»*; traballamos as emocións e a dor da perda (Worden, 1997), sen evitar nin negar, identificando e expresando os sentimentos, chegando a exteriorizar aqueles que non logramos verbalizar. Escoito, acollo e valido o seu afrontamento e aceptación.

Transcorridos tres días, Luis realiza **chamada de demanda de atención ao dó**. Preocupado pola súa familia, especialmente polo seu pai, mantén longas charlas con el, pero

esta espera empézaselle a facer bastante dura e tamén moi lenta. Leve ansiedade.

O seu discurso reflicte o seu malestar polo que a súa nai se está a perder e porque pensa que ela aínda puidera ter vivido moitas máis cousas. Traballamos sobre o presente, o seu benestar actual, os seus apoios en illamento. Tamén sobre o legado da súa nai en todos eles: *«aprender a atopar un significado e un valor positivo ante a adversidade»* (Barbero et al., 2016). Utilízanse recursos e habilidades como a escoita activa, ventilación e validación de emocións, recoñecemento de recursos persoais e afrontamento funcional.

Último seguimento en dó do caso Luis. Onte leváronlle as cinzas da súa nai e tivo que realizar as xestións de defunción, momento que fixo real o que sucedeu. Ademais, está a realizar os trámites para poder volver a Venezuela a través do consulado, ante isto, expresa que non sente un desexo ansioso por que isto ocorra, nin ten preza por trasladarse a Madrid á espera do voo. Identificamos a interpretación e o significado que para el ten «o estar aquí», atopamos un sentido a que o falecemento fose en Galicia, terra significativa para a súa familia e agora para sempre importante. Fala dunha «morriña galega» da súa familia e que agora estará presente como forma de transcendencia.

Consulta emotiva onde expresa os seus pasos na elaboración do proceso de dó. Melloría en ansiedade, sente máis tranquilidade, como que *«todo o que había que facer, está feito»*. Deixou de escribir o seu *«caderno da ausencia»*, di que agora non o necesita, que mantén a súa mente en orde e se sente máis tranquilo e con alivio.

Valórase un proceso de dó adaptativo, onde non existen indicadores de complexidade nin aparece culpa. Lembrolle a miña dispoñibilidade. Expónselle cuestións sobre o proceso de intervención, por exemplo: utilidade do acompañamento, *«axudáronche estas consultas?»*

ou «*cales foron as melloras?*». Refire satisfacción e gratitude polo acompañamento.

CONCLUSIÓN

A primeira valoración sobre a adaptación da nosa intervención psicolóxica, centrada na atención integral ante a situación específica de pandemia, é moi positiva a diferentes niveis. A aplicación dos coñecementos básicos, habilidades e procedementos para o apoio psicolóxico en final de vida e coidados paliativos reflicte uns resultados cualitativos positivos avaliados a través da mellora clínica dos familiares atendidos e a satisfacción expresada pola intervención e o acompañamento.

En xeral, comprobamos que dotar á familia da información que require en canto ao proceso e colaborar en que poidan pensar sobre a mellor maneira para facer fronte a este desafío facilita que poidan afrontar de maneira máis positiva a incerteza e o medo. Tamén en dó atopamos características comúns entre contexto COVID-19 e final de vida. Na elaboración do dó normalízanse as reaccións emocionais habituais evitando patoloxizar o proceso e valóranse os factores de risco para prever dós complicados.

As actuacións expostas fundaméntanse na evidencia dispoñible no momento actual, baseándose nos resultados obtidos en estudos sobre enfermidade avanzada que nos permiten afirmar que as intervencións psicosociais melloran o sufrimento dos pacientes e da súa familia (Mateo-Ortega et al., 2013; Barbero et al., 2016).

Por iso, parece que as intervencións dirixidas á atención á saúde mental e á espiritualidade de persoas con enfermidade avanzada, apoiar un afrontamento adecuado e a axuda psicolóxica á familia, poderían incorporarse en certa me-

didada e ser útiles para apoiar a persoas e familiares afectadas por COVID-19.

O caso presentado requiría intervención por existir factores de vulnerabilidade: familiar de paciente con COVID-19 en UCI, illamento por confinamento, malestar clinicamente significativo, vulnerabilidade social ou factores de risco de dó complicado.

A valoración en función da complexidade, a exploración do estado psicopatolóxico, a escoita activa, a ventilación emocional, a validación, a normalización, as habilidades de comunicación, o adestramento en solución de problemas, a reestruturación cognitiva, o fomento do autocoidado, a historia vital ou o asesoramento e a xestión de recursos sociais foron algunhas das técnicas executadas durante as entrevistas realizadas.

A acollida da intervención foi positiva e as entrevistas telefónicas, a pesar do anómalo, desenvolvéronse con normalidade. Fundaméntase a especial relevancia da comunicación paraverbal (entoación, silencios, claridade) xa que, en ausencia do contacto directo co interlocutor, é a que transmite a dimensión emocional da nosa relación co receptor.

Unha vez concluídas as intervencións, para efectuar unha análise cualitativa o terapeuta expón ó familiar preguntas abertas sobre a valoración pola súa parte do seguimento psicolóxico e actuacións realizadas (utilidade/beneficio). Expresaron unha boa receptividade ao apoio psicolóxico e referiron satisfacción e gratitude coa axuda proporcionada e alivio no malestar subxectivo.

O traballo realizado enmárcase dentro dun modelo humanista centrado nas persoas e nas súas necesidades, velando polo cumprimento dos seus dereitos humanos, como o dereito á saúde, aos coidados paliativos, á autonomía

do paciente ou á protección dos seus datos persoais.

Co presente traballo conclúese que as valoracións e experiencias explicadas son útiles a nivel descritivo, xa que son específicas dun contexto determinado e dun momento concreto; trátase dun traballo sobre a práctica asistencial que non pretende clarificar actuacións ou procedementos, senón achegar as prácticas expostas; onde **a aplicación de estratexias de final de vida funcionan e resultaron positivas en contextos destinados á atención psicolóxica con afectados de COVID-19**. Necesitaríanse estudos para obter achados que apoién amplamente as intervencións para promover o apoio non presencial nos familiares para aliviar o seu malestar ou previr consecuencias clinicamente significativas.

Bibliografía

Barbero Gutiérrez, J., Gómez-Batiste, X., Maté Méndez, J. e Mateo Ortega, D. (2016). *Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas*. Barcelona, Obra Social “la Caixa”.

Barreto, P., & Martínez, E. (2009). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en enfermos terminales. En: Pérez-Álvarez, M., Fernández, J., Fernández, C., & Amigo, I. *Guía de Tratamientos Psicológicos eficaces II: Psicología de la Salud* (pp. 243-254). Madrid: Pirámide.

Mateo-Ortega, D., Gómez-Batiste, X., Limonero García, J.T., Martínez Muñoz, M., Buisan, M. & De Pascual, V. (2013). Efectividad de la intervención psicosocial en pacientes con enfermedad avanzada y final de vida. *Psicooncología*, 10(2-3), 299-316.

Ministerio de Sanidade e Consumo (2007). *Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud*. Madrid.

Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESPH) del H.U. 12 de Octubre. (2020). *Protocolo de Intervención Psicológica Paliativa telefónica a familiares de pacientes con coronavirus en situación de últimos días (SUD)*.

Rolland, J. S. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad: una propuesta desde la terapia sistémica*. Editorial Gedisa.

Sociedade Española de Cuidados Paliativos (1995). *Guía SECPAL*. Madrid. http://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos-1. Recuperado o 20 de maio de 2016

Worden, J. W. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona, Paidós.

Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade (2014). *Plan Galego de Cuidados Paliativos*. Santiago de Compostela.

TRABALLO PREMIADO NAS XXVIII XORNADAS
DE PSICOLOXÍA E SAÚDE DO COPG

PÓSTER

GRUPOS DÓ PERINATAL

Andrea Navarro Marcos, Marta Yáñez Vicente, Andrea Puime Pérez, Ana Asunción Canle de Andrés e Fátima Álvarez Martínez.

Psicólogas Internas Residentes. Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro (HAC). Área Sanitaria de Vigo

andrea_set@hotmail.com

COMO CITAR ESTE ARTIGO:

Navarro Marcos, A., Yáñez Vicente, M., Puime Pérez, A., Canle de Andrés, A. A., & Álvarez Martínez, F. (2024). Grupos dó perinatal [Póster]. *Anuario de Psicología e Saúde*, 17, pp. 110–114. <https://copgalicia.gal/seccions/psicologia-e-saude/publicacions>

INTRODUCCIÓN

A perda perinatal constitúe unha experiencia emocionalmente dolorosa, cuxo dó se pode alongar e frecuentemente se leva de forma silenciosa (López e Iriondo, 2008). Ademais da perda real do bebé, representa múltiples perdas para os familiares (representación simbólica do fillo, proxecto de parella/familia...) (Brier, 2008; Côte-Arsenault e Denney-Koelsch, 2011). Dada a particularidade deste dó, a falta de recoñecemento e os escasos ritos de despedida, existe un risco elevado para a elaboración do dó (Álvarez et al., 2012; Pastor Montero, 2016). Esta elaboración non é só cuestión de tempo, senón que existe un traballo interior (Juri, 2006), que conleva facer algo con esa dor, non só esperar a que pase o tempo, cunha actitude activa por parte da persoa en dó (Worden, 2004). Por iso, é necesario que se sintan acompañados e apoiados emocionalmente coa finalidade de favorecer respostas adaptativas ao proceso de dó (Álvarez et al., 2012; Pastor Montero, 2016).

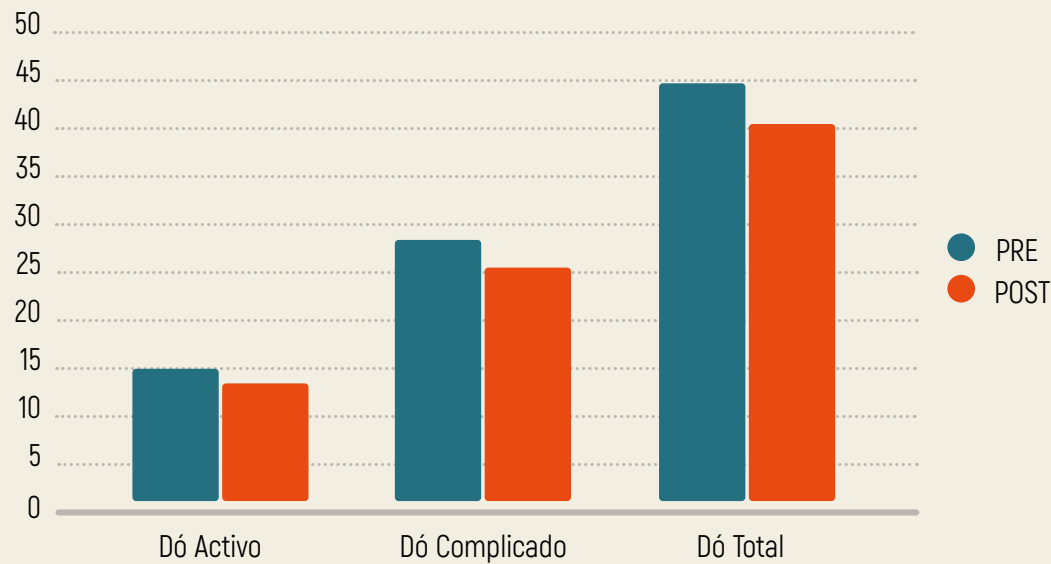
MÉTODO E RESULTADOS

A mostra conta cun total de 16 pacientes: 14 mulleres (87,5 %) e 2 homes (12,5 %), con idades entre os 30-35 anos (37,5 %), 36-40 anos (50,0 %) e maiores de 40 anos (12,5 %). As semanas de embarazo están comprendidas entre as 15-20 (31,3 %), 21-25 (18,8 %) e máis de 25 (50 %).

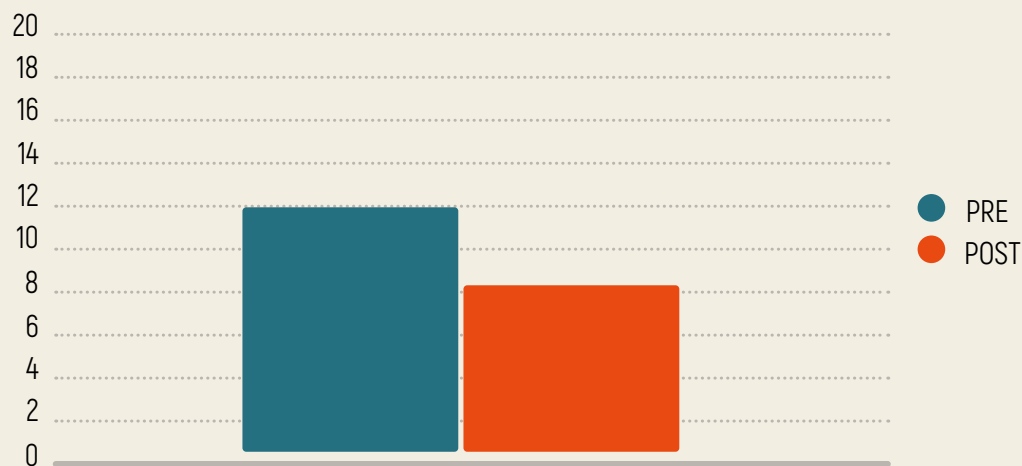
Para a análise dos resultados, tras realizar a proba de normalidade, aplícase unha T de Student para comparar os resultados obtidos no pre-post na Escala de Dó Perinatal e na Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo.

Os resultados mostran que existen diferenzas significativas ($p < 0,05$) entre as medidas pre e post do grupo terapéutico, obxectivando un descenso nas seguintes variables: dó activo, posibilidade de dó complicado, intensidade do dó e depresión posparto (Gráfico 1 e 2).

Comparación medidas pre-post Escala de Dó Perinatal



Comparación medidas pre-post Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo



PROGRAMA ATENCIÓN CONTINUADA

Decídese realizar esta intervención nun marco grupal co obxectivo de ofrecer aos pacientes a posibilidade de percibir realidades e sentimentos similares aos propios, sen sentirse xulgados.

O grupo de dó perinatal desenvólvese no HAC por parte das Residentes de Psicoloxía Clínica.

Realízanse 7/8 sesións con frecuencia quincenal e duración de 1:30 h cun máximo de 8/10 participantes (nais e pais). Ata a data realizáronse tres grupos terapéuticos.

Sesións

- 1/ Avaliación Pre, presentación participantes e encadre do grupo.
- 2/ Proceso de maternidade/paternidade.
- 3/ Emocións asociadas ao proceso de dó perinatal.
- 4/ Autocoidado.
- 5/ Contorna social, apoio percibido.
- 6/ Futuras maternidades/paternidades.
- 7/ Peche, balance do grupo, despedida. Avaliación Post.

CONCLUSIÓN

Os resultados obtidos obxectivan melloría nas diferentes escalas tras a intervención en grupo de dó perinatal, tanto na escala de dó perinatal como na escala de depresión posparto. Estes resultados son acordes cos reflectidos polos pacientes a nivel cualitativo ao finalizar os grupos.

Como limitacións gustaríanos engadir que non hai un grupo control co que comparar devanditos resultados, polo que non é posible coñecer a influencia doutras variables nestes.

Bibliografía

Álvarez, M., Claramunt, M. A., Carrascosa, L. G. & Silvente, C. (2012). *Las voces olvidadas. Pérdidas gestacionales tempranas*. Santa Cruz de Tenerife, España. OB STARE.

Brier, N. (2008). Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. *Journal of Women's Health*, 17(3), 451-464. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0505>

Côté-Arsenault, D. & Denney-Koelsch, E. (2011). "My Baby Is a Person": Parents' Experiences with Life-Threatening Fetal Diagnosis. *Journal of Palliative Medicine*, 14(12), 1302-1308. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0165>

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786.

Paramio Cuevas, J. C. (2016). *Adaptación transcultural y evaluación psicométrica de la escala de duelo perinatal* [Tesis de doctorado no publicada]. Universidad de Cádiz.

Juri, L. (2006). Duelos intersubjetivos: el duelo segregado de Charles Darwin. *Aperturas Psicoanalíticas*, 23.

López, A. & Iriondo, O. (2018). Sentir y pensar el duelo perinatal: acompañamiento emocional de un grupo de padres. *Revista Clínica Contemporánea*, 9, e25, 1-24. <https://doi.org/10.5093/cc2018a21>

Pastor Montero, S. M. (2016). *Abordaje de la pérdida perinatal. Un enfoque desde la investigación acción participativa* [Tesis de doctorado no publicada]. Universidad de Alicante.

Worden, J. W. (2004). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.

GRUPOS DUELO PERINATAL

Residentes Psicología Clínica: Andrea Navarro Marcos, Marta Yañez Vicente, Andrea Puime Pérez, Ana Asunción Canle de Andres y Fátima Álvarez Martínez
Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro (HAC)



SERVIZO
GALEGO
DE SAÚDE

ÁREA SANITARIA DE VIGO

INTRODUCCIÓN

La pérdida perinatal constituye una experiencia emocionalmente dolorosa, cuyo duelo se puede alargar y frecuentemente se lleva de forma silenciosa (López y Iriondo, 2008). Además de la pérdida real del bebé, representa múltiples pérdidas para los familiares (representación simbólica del hijo, proyecto de pareja/familia...) (Brier, 2008; Côte-Arsenault y Denney-Koelsch, 2011). Dada la particularidad de este duelo, la falta de reconocimiento y los escasos ritos de despedida existe un riesgo elevado para la elaboración del duelo (Álvarez, Claramunt, Carrascosa y Silvente, 2012; Pastor Montero, 2016). Esta elaboración no es sólo cuestión de tiempo, sino que exige un trabajo interior (Juri, 2006), que conlleva hacer algo con ese dolor, no solo esperar a que pase el tiempo, con una actitud activa por parte de la persona en duelo (Worden, 2004). Por ello, es necesario que se sientan acompañados y apoyados emocionalmente con la finalidad de favorecer respuestas adaptativas al proceso de duelo (Álvarez, Claramunt, Carrascosa y Silvente, 2012; Pastor Montero, 2016).

MÉTODO Y RESULTADOS

La muestra cuenta con un total de 16 pacientes: 14 mujeres (87,5%) y 2 hombres (12,5%), con edades entre los 30-35 años (37,5%), 36-40 años (50,0%) y mayores de 40 años (12,5%). Las semanas de embarazo están comprendidas entre las 15-20 (31,3%), 21-25 (18,8%) y más de 25 (50%).

Para el análisis de los resultados, tras realizar la prueba de normalidad, se aplica una T-de Student para comparar los resultados obtenidos en el pre-post en la Escala de Dó Perinatal y en la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo.

Los resultados muestran que existen diferencias significativas ($p < 0,05$) entre las medidas pre y post del grupo terapéutico, objetivando un descenso en las siguientes variables: duelo activo, posibilidad de duelo complicado, intensidad del duelo y depresión postparto (Gráfico 1 y 2).

Gráfico 1: Comparación medias pre-post Escala de Dó Perinatal

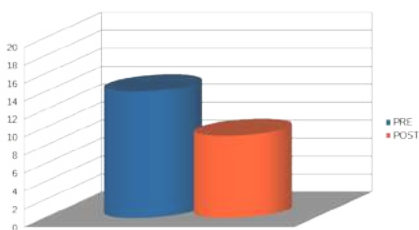
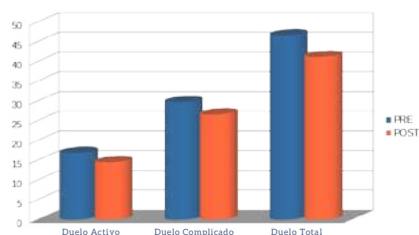


Gráfico 2: Comparación medias pre-post Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo

PROGRAMA AC

Esta intervención se decide realizar en un marco grupal con el objetivo de ofrecer a los pacientes la posibilidad de percibir realidades y sentimientos similares a los propios, sin sentirse juzgados.

El grupo de duelo perinatal se lleva a cabo en el HAC por parte de las Residentes de Psicología Clínica.

Se realizan 7/8 sesiones con frecuencia quincenal y duración de 1:30h con un máximo de 8/10 participantes (madres y padres). Hasta la fecha se han realizado tres grupos terapéuticos.

SESIONES

1. Evaluación Pre, presentación participantes y encuadre del grupo.
2. Proceso de maternidad/paternidad.
3. Emociones asociadas al proceso de duelo perinatal.
4. Autocuidado.
5. Entorno social, apoyo percibido.
6. Futuras maternidades/paternidades.
7. Cierre, balance del grupo, despedida. Evaluación Post.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos objetivan mejoría en las diferentes escalas tras la intervención en grupo de duelo perinatal, tanto en la escala de duelo perinatal como en la escala de depresión postparto. Estos resultados son acordes con los reflejados por los pacientes a nivel cualitativo al finalizar los grupos.

Como limitaciones nos gustaría añadir que no hay un grupo control con el que comparar dichos resultados, por lo que no es posible conocer la influencia de otras variables en estos.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, M., Claramunt, M. A., Carrascosa, L. G. y Silvente, C. (2012). *Las voces olvidadas. Pérdidas gestacionales tempranas*. Santa Cruz de Tenerife, España: OB STARE.
- Brier, N. (2008). Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. *Journal of Women's Health*, 17(3), 451-464. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0505>
- Côte-Arsenault, D. y Denney-Koelsch, E. (2011). "My Baby Is a Person": Parents' Experiences with Life-Threatening Fetal Diagnosis. *Journal of Palliative Medicine*, 14(12), 1302-1308. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0165>
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 150(6), 782-786.
- Cuevas, J. C. P. (2016). *Adaptación transcultural y evaluación psicométrica de la escala de duelo perinatal* (Tesis de doctorado no publicada). Universidad de Cádiz.
- Juri, L. (2006). Duelos intersubjetivos: el duelo segregado de Charles Darwin. *Aperturas Psicoanalíticas*, 23.
- López, A. y Iriondo, O. (2018). Sentir y pensar el duelo perinatal: acompañamiento emocional de un grupo de padres. *Revista Clínica Contemporánea*, 9, e25, 1-24. <https://doi.org/10.5093/rc2018a21>
- Pastor Montero, S. M. (2016). *Abordaje de la pérdida perinatal. Un enfoque desde la investigación acción participativa* (Tesis de doctorado no publicada). Universidad de Alicante.
- Worden, J. W. (2004). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia* (2a Ed.). Barcelona, España: Paidós Ibérica.

Nº17 Revista Oficial da Sección de Psicoloxía e Saúde do COPG

OBXECTIVO DA PUBLICACIÓN

O Anuario foi, e é, unha publicación aberta. Nace co propósito de dar voz e oído, de invitar á reflexión dos que escriben e dos que len, sobre temas de interese para a Psicoloxía Clínica.

Cada número vértase sobre un tema central, enfocado desde diversos ángulos, incluíndo áreas de coñecemento alleas á propia, pero que poden achegar novos mapas.

PERIODICIDADE DA PUBLICACIÓN

Publicación de carácter anual.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

AUTORES DOS ARTIGOS DO MONOGRÁFICO

Os artigos serán solicitados aos autores por parte do Equipo de Redacción do Anuario; os textos deben ser orixinais e o estilo será libre, seguindo o obxectivo xeral marcado polo Equipo.

A EXTENSIÓN máxima será de 17 páxinas, letra Times New Roman, tamaño 12, interliñado sinxelo.

A ESTRUCTURA do artigo será a seguinte:

- Título.
- Autor, lugar de traballo e e-mail de contacto.
- Resumo (150 palabras) en español ou galego e en inglés.
- Palabras chave: entre 3 e 5, en español ou galego e en inglés.
- Bibliografía estilo APA: mínimo de 5 referencias bibliográficas.

ANUARIO ABERTO: CASOS CLÍNICOS

Incluíranse descrições dun ou máis casos clínicos que supoñan unha contribución ao coñecemento da psicopatoloxía ou da intervención psicoterapéutica.

A EXTENSIÓN máxima do texto será de 15 páxinas, letra Times New Roman, tamaño 12, interliñado sinxelo.

A ESTRUCTURA do Caso Clínico deberá ser a seguinte:

- Título.
- Nome e apelidos dos autores, centro de traballo e un e-mail de contacto.
- Resumo (150 palabras): en galego ou español, e en inglés.
- Palabras chave: entre 3 e 5, en galego ou español, e en inglés.
- Introducción.
- Datos sociodemográficos.
- Motivo de consulta.
- Obxectivos.
- Intervención.
- Conclusións.
- Referencias bibliográficas: segundo a normativa da APA, cun mínimo de 5 referencias bibliográficas.

ANUARIO ABERTO: ARTIGOS LIBRES

Incluíranse traballos orixinais nos que se describan traballos de investigación ou revisións teóricas de temáticas psicolóxicas, desde un punto de vista clínico ou asistencial.

A EXTENSIÓN máxima do texto será de 15 páxinas, letra Times New Roman, tamaño 12, interliñado sinxelo.

A ESTRUCTURA da Comunicación Libre deberá ser a seguinte:

- Título.
- Nome e apelidos dos autores, centro de traballo e un e-mail de contacto.
- Resumo (150 palabras): en galego ou español, e en inglés.
- Palabras chave: entre 3 e 5, en galego ou español, e en inglés.
- Introducción.
- Conclusións.
- Referencias bibliográficas: segundo a normativa da APA, cun mínimo de 5 referencias bibliográficas.

ANUARIO DE PSICOLOGÍA Y SALUD

Nº/ **17**

Revista Oficial de la
Sección de Psicología y Salud del COPG
EDICIÓN BILINGÜE

GALICIA MÁGICA

DOLENCIAS

RITOS

CUENTOS

CURANDEROS

Nº17

REVISTA OFICIAL DE LA SECCIÓN DE PSICOLOGÍA Y SALUD DEL COPG

CONSEJO EDITORIAL

Xacobe Abel Fernández García / Presidente

Paula Marcos Carregal / Vicepresidenta

María Villarino González / Secretaria

Eduardo Martínez Lamosa / Tesorero

Paula Cid Gutiérrez / Vocal

María Salomé Botana Martínez / Vocal

Isabel Figueroa Matallín / Vocal

Marta Millares Otero / Vocal

CONSEJO DE REDACCIÓN

M^a Gabriela Domínguez Martínez / Directora
PSICÓLOGA CLÍNICA. PRÁCTICA PRIVADA EN PONTEVEDRA

Noelia Pita Fernández
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE FERROL

Paula Rodríguez Vázquez
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE VIGO

Laura Sotelo Estévez
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE PONTEVEDRA – O
SALNÉS

Aislinn García Hermo
PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA SANITARIA DE A CORUÑA Y CEE

anuario@copgalicia.gal

EDITA

Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia
Espíñeira, 10 baixo
15706 Santiago de Compostela

T. 981 534 049 | Fax. 981 534 983

www.copgalicia.gal | copgalicia@copgalicia.gal

DISEÑO Y MAQUETACIÓN – Laura de Cibreiro

IMÁGEN DE PORTADA – Raymond Petrik / Pexels

ISSN: 2444-6653

Revista indexada en Latindex
<https://www.latindex.org/latindex/ficha/22303>

latindex

Noviembre, 2024

Depósito Legal: C 1615-2019
<https://copgalicia.gal/secciones/psicologia-e-saude/publicacions>

El Consejo Editorial y el Consejo de Redacción no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados

Las opiniones expresadas en la Presentación son responsabilidad del Consejo de Redacción

APUNTE

La preferencia de idioma en el original de cada artículo fue determinada por su autor/a, con la posterior traducción del Consejo de Redacción y revisión del COPG

SUMARIO

04	PRESENTACIÓN M ^a Gabriela Domínguez Martínez
06	DOLENCIAS / MALES DE CABEZA: NOTAS SOBRE DENOMINACIONES, CAUSAS, SÍNTOMAS Y REMEDIOS SEGÚN LA MEDICINA POPULAR TRADICIONAL GALLEGA Antonio Reigosa Carreiras
28	RITOS / TRANSFORMACIONES DE LA RITUALÍSTICA FUNERARIA EN LA GALICIA CONTEMPORÁNEA Rafael Quintía Pereira
50	CUENTOS / CRECER CON CUENTOS: EL IMPACTO DE LAS HISTORIAS EN EL DESARROLLO INFANTIL María Ángeles Goás Amado
60	HERRAMIENTAS — CURANDEROS / PSICÓLOGOS Y OTROS CURANDEROS Jorge García Fernández
	ANUARIO ABIERTO
76	CASO 1 / (RE)TOMANDO EL RUMBO: ABORDAJE DE UN CASO CLÍNICO A TRAVÉS DE LA TERAPIA NARRATIVA – Lucía Díaz Riola + Melania Beceiro Rico
90	CASO 2 / EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA DE UN SÍNDROME AMNÉSICO TRANSITORIO RECURRENTe – Anxo Fernández Villar + Cristina García Díez + Nora Suárez Fuentes + Jennifer Cabaleiro Suárez + Uxía Martínez Hervés + Beatriz Fernández Malvido
102	CASO 3 / ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL FINAL DE LA VIDA EN EL CONTEXTO DEL COVID-19 – Ana Amado Mera
110	PÓSTER / GRUPOS DUELO PERINATAL Andrea Navarro Marcos + Marta Yáñez Vicente + Andrea Puime Pérez + Ana Asunción Canle de Andrés + Fátima Álvarez Martínez

*Son enfermos, unos del cuerpo,
otros del alma, que vienen
a curarse con exorcismos y
oraciones ya que la medicina no
puede hacer el milagro de aliviar
males que no tienen remedio ni
suprimir la inevitable muerte,
herencia de los mortales.*

Rosalía de Castro, *El primer loco*
[1881]

Muchas veces el tema que escogemos para el *Anuario* fue pensado hace tiempo, como propuestas anteriores que fueron rechazadas. Como si se tratara de una historia, hay personajes que salen al principio pero cobran protagonismo más adelante. No sabemos si, como el buen vino, esta idea tenía que madurar o si fue su predecesor, el *Anuario de los Inicios* quien la hizo resurgir; pero escogimos reflexionar sobre los orígenes. Bien podría ser este, Orígenes, el título del *Anuario*, pero en la tierra de las *meigas*, y siendo cinco brujas en el equipo, la magia y la poesía son nuestra huella, así que seguimos con el simbolismo, el realismo mágico de nuestra tierra, de la Galicia Mágica.

Probablemente este sea uno de los *Anuarios* más hermosos, hermoso porque el hilo conductor es nuestra tierra, Galicia, con su historia e historias. Es hermoso por el contenido y hermoso por las imágenes. Es hermoso por bonito y porque nos conecta con nuestras raíces.

Galicia es magia, es historia y memoria. Cada uno de nosotros creamos nuestra propia trama, embebidos de la historia y memoria colectiva, que nos atraviesa, que nos constituye, que nos da identidad. Al final de la vida, lo que dejamos son historias y vivimos en historias, por lo que conocerlas y no enterrarlas, ayuda a entender lo que nos ocurre.

Quizás en la época de la tecnología, de los avances, de la profesionalización del todo, de la patologización de la vida, de la individualidad frente a la comunidad se invite a la desmemoria, pero nosotros queremos evitarlo y recordar y contar. Y lo hacemos con artículos, artículos que enganchan y hacen sonreír, artículos que nos conectan entre nosotros y nos llevan a lo importante. Y, como si de hadas se tratara, entre los propios articulistas se citan.

Abrimos el *Anuario* con un artículo de Antonio Reigosa, escritor, investigador y divulgador de la cultura popular tradicional gallega. Con su artículo *Males de cabeza: notas sobre denominaciones, causas, síntomas y remedios según la medicina popular tradicional gallega*, trata de derribar barreras de

PRESENTACIÓN

M^a Gabriela Domínguez Martínez

Directora del Consejo de Redacción

Psicóloga Clínica

Práctica privada en Pontevedra

gabriela.dominguezmartinez@gmail.com

SUMARIO
GALLEGO

desentendimiento entre el mundo tradicional y el científico. Habla de las enfermedades o dolencias, del origen sociocultural de las mismas, como aspecto importante a reflexionar, y el miedo y la culpa que siempre están detrás. Y lo hace describiendo los males de ojo, de aire, de las sombras, el cuerpo abierto, el cuerpo santo, los curanderos...narrando las explicaciones que se daban a los males de cabeza, donde el poder curador no depende solo del que sabe, sino también de un ente superior y de la comunidad.

La influencia y peso de la tradición está en todas partes, no se libra ni la muerte. En el siguiente artículo, Rafael Quintía, antropólogo, habla de las *Transformaciones de la ritualística funeraria en la Galicia contemporánea*; reflexiona sobre cómo cambió el ritual y gestión del trance de la muerte en la cultura y en la sociedad gallega. De cómo la muerte mudó de lo colectivo a lo individual, de la vivencia del duelo y la muerte en soledad hoy en día frente a la socialización del dolor que imperaba en las sociedades rurales. Curioso, la sociedad en la que todo se hace público pero se lleva en privado la muerte, incluso se niega y se reprimen los sentimientos asociados y los tiempos para sentir, pasando de ser considerada una realidad irremediable a vivir como si la muerte no existiera, mas siempre está ahí.

Y de la muerte pasamos a la vida, a las crianzas y a los cuentos. Ángeles Goás, maestra y contadora de cuentos, reflexiona sobre la importancia de recuperar el contar y la tradición oral en las familias con su artículo *Infancia y fantasía: el poder transformador de los cuentos y su impacto en el desarrollo*. Con una lectura amena, introduce la cultura de la narrativa oral y las bondades y beneficios de contar cuentos a la infancia, en el marco de la Galicia de nuestros ancestros. Contar es compartir, prestar atención, pararse y estrechar lazos. También hace reflexión y crítica sobre la rapidez, productividad y «profesionalización» en los nuevos tiempos, donde, a pesar del mundo conectado, se pierden las conexiones interpersonales más

íntimas; y donde el cuento trata de «profesionalizarse», perdiendo su verdadera esencia.

Y de cuentos también sabemos los psicólogos, pues escuchamos historias y ayudamos a reelaborar relatos. Y con los *Psicólogos y otros curanderos*, del apartado de herramientas, cerramos este ciclo de historias con este artículo del psicólogo clínico Jorge García. Con una escritura dinámica y clara, y a través de una viñeta clínica que la acompaña, habla sobre nuestro hacer en terapia como escuchadores de historias. La persona con malestar es la que elige a su agente de curación y le otorga la potestad de hacerlo y en esto influye también la cultura, los grupos sociales, la familia, aquellos que están cerca en el momento de enfermar. Recoge puntos claves para nuestro buen hacer en las consultas.

Y este relato cerrado de la Galicia Mágica deja paso a las historias abiertas del ANUARIO ABIERTO, con tres artículos libres y el trabajo premiado en las pasadas Jornadas de la Sección de Psicología y Salud del COPG: *(Re)tomando el rumbo: abordaje de un caso clínico a través de la terapia narrativa*, de Lucía Díaz Riola y Melania Beceiro Rico; *Evaluación neuropsicológica de un síndrome amnésico transitorio recurrente*, de Anxo Fernández Villar, Cristina García Diez, Nora Suárez Fuentes, Jennifer Cabaleiro Suárez, Uxía Martínez Hervés y Beatriz Fernández Malvido; *Atención psicológica al final de la vida en el contexto del COVID-19*, de Ana Amado Mera; y *Grupos de duelo perinatal* (trabajo premiado) de Andrea Navarro Marcos, Marta Yáñez Vicente, Andrea Puime Pérez, Ana Asunción Canle de Andrés y Fátima Álvarez Martínez.

Esta historia llegó a su fin y, como cada año, agradecer y dar la enhorabuena a mis compañeras de equipo por su implicación, su trabajo y compromiso; así como a las autoras y a los autores de los artículos, que tan bien lo hicieron, y a las compañeras del COPG.

Esperamos que os quede un buen sabor de boca con la lectura!

DOLENCIAS

MALES DE CABEZA: NOTAS SOBRE DENOMINACIONES, CAUSAS, SÍNTOMAS Y REMEDIOS SEGÚN LA MEDICINA POPULAR TRADICIONAL GALLEGA

Antonio Reigosa Carreiras

Escritor, investigador y divulgador de la cultura popular tradicional gallega

antonioreigosa@gmail.com

www.galiciaencantada.com

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Reigosa, A. (2024). Males de cabeza: notas sobre denominaciones, causas, síntomas y remedios según la medicina popular tradicional gallega. *Anuario de Psicología y Salud*, 17, pp. 6–27. <https://copgalicia.gal/secciones/psicologia-e-saude/publicacions>

SUMARIO

GALLEGO

RESUMEN

Este artículo contiene, en resumen, mi intervención en el XXIII Congreso Nacional y III Internacional de la Sociedad Española de Psicología Clínica ANPIR que tuvo lugar en la ciudad de A Coruña los días 18, 19 y 20 de mayo de 2023.

El objetivo que se pretendía con aquella exposición era ayudar a derribar barreras de incomprensión entre el mundo tradicional y el científico, sistemas que vivían y aún viven, lamentablemente, alejados a años luz de prejuicios e incomprensiones, ya sean léxicas, semánticas o de otro tipo, y que están en el centro del recurrente desprecio mutuo hacia ambas cosmovisiones, de ahí que muchas personas distingan, siendo iguales, dos tipos de enfermedades: «las que no son de médico» y «las que son de médico».

PALABRAS CLAVE — Mal de cabeza, Mal de ojo, *Meigallo*, Posesión demoníaca.

ABSTRACT

This article contains, in summary, my speech at the XXIII National and III International Congress of the Spanish Society of Clinical Psychology ANPIR, which took place in the city of A Coruña on May 18, 19 and 20, 2023.

The aim of that report was to help break down barriers of misunderstanding between the traditional world and the scientific world, systems that lived and still live, unfortunately, light-years apart from prejudices and misunderstandings, be they lexical, semantic or otherwise, and which are at the core of the recurring mutual contempt for both worldviews, hence why many people distinguish, being the same, two types of illnesses: “those that are not for a doctor” and “those that are for a doctor”.

KEY WORDS — Mental Health Issues, *Mal de olo*, *Meigallo*, Demonic Possession.

Si decimos mal de ojo, *meigallo*, *ramo cativo* o posesión diabólica, cuerpo abierto, *espiritado* o cuerpo santo, aire de..., sombra de..., caída de la *paletilla*, del *calleiro* o de la *espiñela* solo unas pocas personas, cada vez menos, saben o intuyen a lo que nos referimos.

En cambio, si decimos o escuchamos palabras como ansiedad, depresión, esquizofrenia, bipolaridad y una larga lista más, casi todo el mundo sabe que nos referimos a trastornos, fobias, disfunciones y otras alteraciones en la salud mental de las personas.

El primer grupo se corresponde con las formas tradicionales de denominación, con las que pacientes y curanderos distinguían unas dolencias de la cabeza de otras. La segunda, con las que psiquiatras, psicólogos y otros especialistas con formación científico-académica aplican a los mismos o similares tipos de trastornos.

Sin embargo, si describiéramos detalladamente los síntomas más comunes de todas estas enfermedades, se llamen como se llamen, rápidamente detectaríamos unas más que evidentes correspondencias entre unas y otras.

ENFERMEDAD O DOLENCIA

Nunca debemos olvidar que las enfermedades, en general, y las dolencias mentales de origen psíquico, en particular, tienen un origen socio-cultural y que para su correcto tratamiento es necesaria una respuesta que implica conocer a fondo el medio social, cultural, religioso y simbólico, así como otras circunstancias que afectan al enfermo o paciente.

Los nombres significan, representan, informan, conforman una realidad. En una ocasión le preguntaron a una mujer si creía en la existencia del mal de ojo y ella respondió: «*Si tiene nombre, ¡algo habrá! Si tiene nombre, ¡existe! ¡Todo lo que se nombra existe, evidentemente!*»

Aunque usaré indistintamente los términos «enfermedad» y «dolencia» como sinónimos,

conviene aclarar que hay expertos en este tipo de males que establecen matices diferenciales entre ambos. «Enfermedad» se utiliza como el término más utilizado para referirse a alteraciones objetivas y universales de la salud, mientras que «dolencia» también implica la percepción cultural que se tiene de ese problema de salud o la somatización de un estrés social que se manifiesta en alguno de los individuos de una comunidad mediante síntomas de carácter cultural; es decir, cuando el mal se expresa en función de las creencias compartidas mayoritariamente por el grupo social.

EL MIEDO Y LA CULPA

En términos generales, podemos avanzar que detrás de este tipo de dolencias, de ese «estar de los nervios» que también se dice, siempre están el miedo y la culpa. El miedo a lo desconocido o incontrolable, el miedo a pasar hambre y a los elementos que pueden provocarla (sequías, temporales, imposibilidad de cultivar...), el miedo que generan conflictos, calamidades, guerras...; el miedo a la propia enfermedad y el miedo a poderes incontrolables o sobrenaturales, pero, por encima de todos los demás miedos, el mayor miedo: el miedo a la muerte.

Desde el punto de vista religioso, detrás de cada dolencia siempre se esconde una culpa, un pecado, lo que explica la creencia de que estos males se atribuyan a entes, espíritus, seres diabólicos o personas que actúan como intermediarias de los poderes del Otro Mundo. Entiéndase aquí ese Otro Mundo como un espacio moral, ajeno a lo terrenal, donde residen las deidades, los dioses y diosas, incluso nuestros ancestros fallecidos (almas), a quienes también se les otorgan competencias para premiar o castigar las acciones de los humanos vivos.

Todos esos miedos, esos sentimientos de culpa afectan decisivamente en las inquietudes trascendentales de los seres humanos que pueden

simplificarse en: preocupación por la supervivencia si la infertilidad de las mujeres, de la tierra (frutos, cultivos...) y de los animales nos priva de descendencia o de alimento, o si, después de la muerte, no merecemos la paz que nos pronostica la doctrina religiosa.

ORIGEN Y TRATAMIENTO

En la cultura tradicional, la dolencia se atribuye a la acción de elementos de orden sobrenatural y muchas veces se asocia a conductas que rompen normas o tabúes, tal y como sostiene el antropólogo Carmelo Lisón Tolosana. Todo esto da sentido y explica por qué los principales ritos de curación de estas dolencias los constituyen, en un sentido amplio, los exorcismos ceremoniales, tanto de naturaleza religiosa como mágica.

Por ello, hay que asegurar la reproducción y la alimentación, y tratar de evitar o combatir las dolencias para retrasar lo máximo posible ese «mal sin cura» que es la muerte; objetivos para los que se describen ritos de curación muy precisos en los que se utilizan principalmente remedios de tipo mágico y religioso como amuletos y reliquias, invocaciones a dioses, vírgenes, santos... mediante rezos y oraciones que se realizan, generalmente, en lugares sacralizados.

Para los creyentes, el poder curativo, a diferencia de la medicina científica, no proviene solo del conocimiento de quien ejerce esa facultad sino de un ente superior; es decir, en última instancia, es Dios quien, directamente o valiéndose de sus intermediarios (sacerdotes, curanderos...), devuelve la salud a quien lo necesita, del mismo modo que se cree que detrás del mal está el Diablo o sus agentes (brujas y brujos, *aolladores* y, en general, gente malvada o de mala fe...).

A nivel social, los causantes de las dolencias psíquicas suelen ser personas corrientes, pero marginales (normalmente mujeres ancianas

o personas de otras etnias) o antisociales, a quienes se atribuyen conductas envidiosas que pueden provocar males considerados muy graves como el mal de ojo. En este caso, con la curación del paciente se intenta, además de normalizar su comportamiento y devolverle el respeto a las normas de convivencia, restablecer el equilibrio social de la comunidad a la que pertenece.

LA SUGESTIÓN

Entre las causas que dan lugar a estas dolencias está muchas veces la sugestión, que podemos definir como un proceso psicológico que hace que una persona responda inconscientemente a las influencias de otras, ya sean estas verbales, gestuales, visuales o a través de cualquiera de los sentidos. La sugestión mental juega un papel muy importante en nuestro comportamiento individual y colectivo, influencia cuya detección y proceso de curación forma parte del sistema cultural. Para ejemplificar estas situaciones, basta citar la capacidad que se les atribuye a algunas personas para *fadar* (disponer del destino de una persona), malmirar, maldecir o emanar aires, sombras... con consecuencias generalmente nefastas para quienes sufren sus efectos.

Esa solución cultural a la que aludimos implica la participación activa del grupo social del que forma parte el doliente y los diferentes especialistas o curanderos. El sanador conoce o intenta conocer el origen del mal y quién lo provoca. Lo identifica con un nombre concreto para, finalmente, aplicar el tratamiento idóneo, que debe ser el dispuesto y adecuado para esa dolencia concreta.

DOLENCIAS

Dejamos escrito que el nombre significa y que el contexto cultural, social y religioso define

ese significado; por eso es importante conocer la denominación que el doliente y la comunidad social de la que forma parte utilizan para el mal que padece.

En las páginas siguientes describiremos brevemente algunas de estas dolencias, entre ellas las más conocidas como son el mal de ojo, algunos aires y sombras, el cuerpo abierto, el cuerpo santo o *espiritado*, el *meigallo* o *ramo cativo*, el *enganido* o *tangaraño*, la caída de la paletilla... También comentaremos algunos ritos y dejaremos algunas notas sobre algunos de los especialistas en curación como pueden ser los *pastequeiros*, *saudadores*, *talladores*, sabios y sabias. A esta lista podríamos agregar muchas otras dolencias como pueden ser los casos de licantrópica que dieron lugar a conocidos relatos de hombres o mujeres que creen transformarse en lobos, lobas, peceiras, corredores, lobos de la gente u otros animales, apartado este que por sí solo ya necesitaría un buen puñado de páginas para desarrollarlo mínimamente.

MAL DE OJO

Esta dolencia, además de la denominación más extendida, recibe muchos otros nombres. Pongamos aquí algunos de ejemplo: *aollamento*, *dada*, *frida de ollo*, mal de envidia, mal de mirada, *mala fada*, *mirada ediversa*, *ollado*... y aún podríamos añadir algunos más, según la zona geográfica.

El mal de ojo lo pueden padecer tanto las personas como los animales. Los síntomas más comunes son, en las personas, la debilidad física, decaimiento de ánimo, falta de apetito, tristeza y desgana por vivir. Además, también se puede atribuir ese origen a la pérdida de bienes o contratiempos como accidentes, enfrentamientos con familiares o conocidos. Puede ser la causa de cosechas perdidas o de que mueran nuestros animales e incluso la persona afectada. Cuando estos síntomas se presentan en niños, niños o niñas, recibe el nombre de *enganido* o *tangaraño*.

Cuando afecta a algún animal doméstico, el animal empieza a tener comportamientos extraños. De repente, deja de comer o de caminar, o se niega a pasar por delante de alguna persona o casa, generalmente relacionada con quien le causó el mal. Las vacas o las cerdas dejan de dar leche o la dan sangrienta y, por tanto, inservible para el consumo humano o para sus crías.

Como norma general, el mal de ojo se atribuye a la envidia, ese ruin sentimiento tan humano y extendido, y a la capacidad o fuerza que se cree que tienen en la vista algunas personas (*aolladores*) para causar, voluntaria o involuntariamente, el mal, ya sea en otras personas, en animales, en plantas o, incluso, en los objetos que poseemos.

Los *aolladores* pueden ser de dos tipos: los que causan el mal a propósito (brujas, brujos, ancianas...) y los que lo causan sin poder evitarlo por ser víctimas de un *fado* (sino, destino) que les fuerza u obliga a provocarlo. Estos *aolladores* involuntarios para evitar causar daño tienen que tomar medidas preventivas como no mirar directamente a los ojos de las personas o usar gafas con cristales dobles y oscuros. Según Vicente Risco (Risco, 1979), tanto las personas que causan mal de ojo voluntariamente como las que lo causan sin querer, tienen la mirada *írtiga* (fija) y cristalina. A veces también se dice que la tienen *torta*.

Para la prevención del mal de ojo, nuestra ciencia tradicional proporciona una lista inmensa de remedios, entre los que destaca el uso de amuletos (objetos de poder) como los *ollomaos* (cierre de la concha de un molusco múrice), llevar en el bolsillo castañas de indias y ajos o poner en las puertas de las cortes y casas cuernos o dientes de diferentes animales. Se recomienda utilizar *figas*, especialmente las fabricadas con azabache compostelano, o realizar el gesto que la imita con la mano. También se puede hacer el gesto llamado *cornamán* (imitar la figura de unos cuernos con los dedos de la mano).



Entre los objetos protectores de origen religioso se encuentran los escapularios, medallas, cruces y los «escritos» (impresos con textos de los evangelios escritos en latín). Las piedras de ara o altar, especialmente las procedentes de la Puerta Santa de la catedral de Santiago, son también muy efectivas.

En general, se recomienda desconfiar de quienes nos elogian en exceso sin venir a cuento y no mirar directamente a los ojos de las personas sospechosas de ser aolladores. A los hombres adultos se les recomienda pasar la boina entre las piernas tres veces, de adelante hacia atrás, a la altura de los genitales. Para proteger a todo el mundo desde el nacimiento hay que bañar a las criaturas con agua donde se echa una moneda de plata o cobre mientras se dice: *«Coa auga do cu / lávoche a cara / para que Dios che quite / a mala fada»*.

Para el diagnóstico existen varios procedimientos. Según Mariño (1985/1986) uno consiste en echar unas gotas de aceite en agua u otro líquido; si el aceite desaparece, no sufrimos mal de ojo; pero, si no desaparece o forma «ojos», sí.

Cuando la vaca u otro animal hembra da leche sangrienta, hay que verter esta leche en el

fogón o en el horno caliente y, cuando hierva, rasparla con un rastrillo de hierro para que se vaya aclarando, y así clarea la leche en la ubre del animal.

Para completar estas breves notas sobre el mal de ojo en la cultura gallega, diagnóstico, prevención, curación y otros aspectos, recomendamos la lectura del documentado estudio sobre esta dolencia del antropólogo Rafael Quintía Pereira (Quintía, 2022).

MAL DE AIRE

Aunque la lista de dolencias que se atribuyen a muy distintos «aires» es enorme, podríamos dividirlas en dos grupos: las que tienen su origen en aires comunes y las que tienen su origen en aires emanados, procedentes o con origen en personas, animales, objetos, astros o lugares.

Las que se atribuyen a aires comunes derivan de la creencia de que en algunos aires o vientos que reciben nombres muy diferentes (*ruíns, soáns, lurpios, cativos, coados...*) viven seres con capacidad de dañar a personas, animales o plantas, y que mediante brisas, corrientes o

torbellinos son capaces de provocar tempestades, tormentas, sequías, inundaciones, romper cristales, provocar accidentes, estropear cosechas y, en definitiva, dolencias y muerte.

Mientras que algunos aires no se sabe de dónde proceden, otros se dice que nacen en montes o peñones concretos como en la cueva del Pico Sacro (Boqueixón), el Penido da Capelada, en Teixido (Cedeira), o en un canto agrietado existente en el pozo de San Xoán da Cova (río Ulla). La mayoría de estos vientos se consideran peligrosos, causantes de muchos males, pero también hay alguno como el que corre en la Serra da Capelada que, por lo que se dice, preña a las yeguas, clara evocación del clásico Bóreas; si fuera necesario exorcizarlo, bastaría con dibujar una cruz con los dedos.

El mal de aire producido por los aires emanados, emitidos o desprendidos, causa dolencias con una gran variedad de síntomas (dolores de todo tipo, problemas digestivos, inapetencia, fatiga, afecciones en la piel, etc.) y reciben infinidad de nombres que varían dependiendo de si los causantes fueron animales, personas (vivas, muertas o en otros estados), objetos, astros e incluso lugares.

Entre los aires de origen animal podemos distinguir, entre otros, el de bicho, babosa, cobra (*cobriña*, mal del cobral), *vacaloura*, garrapata, gallina, lagarta, lagarto, *salamántiga*, *pinchorra* o *zaramela* (pozoña), sapo (cojo o *goxo*), topa (mal de la topa), raposa, araña, escorpión, gato (gata á *xaneira*, gata preñada, gata parida), mosca, rata, buey, vaca, etc.

Naturalmente, hay más causantes y tienen muchas más denominaciones locales. Entre los aires causados por personas vivas también hay una enorme variedad, según a quién se le atribuya. Si es de mujer (embarazada, menstruando, virgen o no virgen, desvirgada, doncella); si proviene de un hombre, puede ser de padre después de copular, de cristiano, de moro, de judío, de excomulgado, de envidia (mal de ojo), de bruja, de ciática...

Las personas muertas causan aires muy peligrosos. Así, encontramos aires de cadáver fresco, de condenado, de aparición, de cortejo, de camposanto, de sepulcro o de muerto excomulgado. Estos aires son siempre perniciosos, cualquiera que sea la condición del difunto, ya que, como es bien sabido, «los muertos llaman por los vivos»; en concreto, el aire de muerto en el momento de expirar es el más temido porque en ese trance la persona echa, emana o despidе un aliento que «llama» por la persona que tiene alrededor. Urge conjurarlo lo antes posible, una operación conocida como «devolverle el aire», para que el muerto no tire por la vida del vivo afectado.

Si el aire de muerto afecta a una mujer, hay que ir al cementerio a medianoche en compañía de tres Marías (tres mujeres llamadas María). Se dispone la comitiva alrededor del lugar de enterramiento de la persona causante y la doliente, vestida de estola (prenda sagrada), se tumba boca abajo sobre la tierra y aspira con fuerza el «aire vivo» que el muerto le robó.

Si quien padece el aire de muerto es un niño o una niña, solo pudo haberlo cogido en el vientre de la madre cuando ésta asistía a un velatorio o si, estando en la habitación donde se vela al muerto, se puso cara el ocaso. Para curar a las criaturas hay que llevarlas al cementerio donde reposa el cadáver del causante y requerirle (invocarle) que le quite el aire al muerto y le devuelva el de vivo. También se aplican humos de laurel.

En Borneiro, en el municipio de Cabana de Bergantiños, cargan un carro o un tractor con espadañas y van en procesión esparciéndolas por los caminos del lugar. Al finalizar, la gente las recoge y se las lleva para casa para, al quemarlas, dejarse ahumar como método preventivo para no enfermar de aire de muerto.

Hay aires que pueden ser causados por los astros (luna, sol) y por la propia Tierra. Se cree que la dolencia infantil conocida como *engañido* o *tangaraño* (raquitismo) es causada por el aire de encrucijada. También existe aire de

camino, de escoba, de mar y de muchos otros orígenes.

El curandero, sabio, sabia, pastequeiro, tallador o sanador, antes de proceder a confirmar la existencia de un determinado mal de aire, hace una prueba que consiste en lavar al enfermo con agua de siete fuentes o de una sola que nunca seca, y después pasar ese agua por un paño de lamanisco¹. Sobre este paño aparecen los pelos del causante, animal o persona, aunque haya hecho el mal de forma involuntaria. Los tratamientos, de confirmarse la dolencia, se realizan con una enorme variedad de ensalmos, rituales y fórmulas, aunque son frecuentes los lavados a contrapelo (de pies a cabeza) y los vapores, junto con una amplia y a veces secreta variedad de oraciones y recitados.

¹ Lienzo al que se le atribuyen poderes mágicos y que imita la preciada seda conocida como «damasco» con la que se confeccionaban manteles a la manera alemana; de ahí lo de llamarlo alemanisco o *lamanisco*.

Para terminar este apartado sobre el mal de aire con una nota optimista y esperanzadora, diremos que parece ser que el aire de artesa (recipiente de madera utilizado para amasar el pan) es uno de los pocos que no causa daño y que incluso sirve para curar las enfermedades de los ojos.

SOMBRAS

Los asombramientos, al igual que los aires, aunque a veces se confunden, son muy diferentes, pero también muy peligrosos. Las sombras pueden ser causadas por personas vivas o muertas, y también por animales, árboles o astros.

Las sombras más temidas son las de los eclipses. Afectan especialmente a las personas, a las frutas y a quien, una vez asombradas, las come. También se consideran nocivas las pro-



Foto: Fidam Nazim

vocadas por hembras, tanto mujeres como animales, especialmente cuando están en celo, preñadas o paridas y los principales afectados son los niños y niñas. Los síntomas perceptibles son que las criaturas adelgazan, dejan de crecer, palidecen y se quejan de dolores en todo el cuerpo.

Para descubrir el origen de una sombra se utilizan preferentemente dos procedimientos. Uno consiste en hervir ceniza de tojo macho y después lavar al doliente a contrapelo (desde los pies a la cabeza) con esa agua. Después se envuelve con un paño de lamanisco (ver nota 1); si padece algún asombramiento quedarán sobre el paño plumas, si el causante fue un ave, o pelos, si fue un mamífero. Otro remedio consiste en poner al fuego un caldero con agua y, en forma de cruz, quemar encima de él dos pajas con el cirio del Jueves Santo para que caigan las cenizas y la cera dentro del agua. Se lava al enfermo a contrapelo y las plumas o los pelos del causante de la sombra aparecen en el agua.

Si la sombra fue causada por un difunto, hay que recoger en un paño tierra del cementerio donde esté enterrado, envolver con ese paño al doliente y después lavar todas las prendas de ropa de la casa. Hay otras sombras que, en realidad, son almas en pena. Causan daños, sobre todo, a familiares cercanos al difunto, siempre con la intención de azuzarles para que les ayuden a salir del purgatorio donde padecen.

En Castrelo, Laxe (municipio de Paradela), una mujer recientemente viuda sintió —era de noche— un ruido en el fondo de la finca de la casa. Pensó que eran ladrones y, en principio, corrió hacia el lugar para hacerlos huir, pero de repente se detuvo y volvió con miedo hacia la casa pues vio venir una sombra hacia ella.

La pobre mujer desde ese mismo instante dejó de hablar y empezó a ladrar como los perros. Y siguió así hasta que el cura de la parroquia le dijo que lo que había visto había sido la sombra de su marido que estaba

penando en el purgatorio. El sacerdote le dijo que para librarse de la sombra debía vestir un hábito de San Antonio y ofrecer unas misas por el alma del esposo. Una vez que cumplió el mandado, dejó de ladrar y volvió a hablar como las personas.

EL URCO

El Urco no es una dolencia sino la visión de una sombra singular, una especie de cuerpo astral que representa la figura, su doble, el alma exteriorizada o el fantasma de un vivo. Los asturianos le llaman Huerco, los islandeses Fylgiar, Forynar o Hamingiar; los noruegos Folgie, Vardögl, Vardygr, Vardivil, Vardöiel; los alemanes Oppelgänger, Waff, y los escoceses Fetch.

El Urco puede ser visto por la persona que va a morir —encontrarse con la propia sombra es nefasto— o por cualquier otra persona. Es, en realidad, un aviso de muerte. Cuando se ve a una persona haciendo algo inusual puede que no sea ella, sino su Urco.

Otra presencia del Urco se describe como un perro gigante de aspecto terrorífico y generalmente de color negro. Puede aparecer con cuernos, orejas grandes, ojos incandescentes y arrastrar cadenas. Es un mito propio de las parroquias marineras y siempre está relacionado con presagios de muerte. Vive en el Más Allá, en un lugar submarino que algunos identifican con el Borrón. En este caso también se le llama Perro del Mar y Perro del Urco.

Siempre sale del mar y suele verse en las noches de luna llena, normalmente acompañado de otros perros negros callejeros. En tierra aumenta de tamaño. Su misión es indicar con su presencia, con aullidos y otros ruidos, la casa donde va a haber muerto. Al terminar la misión, regresa a las profundidades del mar.

LA PALETILLA

Se llama *paletilla*, *espinela* o *espiñela* a un cartílago, hueso o apéndice xifoides que, según creencia muy extendida, se sitúa en el esternón o en la boca del estómago para protegerlo de golpes, aunque también hay quien opina que se sitúa en las costillas, entre los hombros. Si este apéndice sale de su sitio natural, causa una dolencia conocida como «caída» o «mal» de la *paletilla* o de la *espiñela* y solo se puede curar con la operación llamada «levantar la paletilla»:

Paletilla i espinela / vólvanse ó sen lugar / como os santiños ó altar / e as ondiñas ó mar.

A veces, el doliente interpreta que lo que cayó o se desplazó de su lugar fue el estómago y, entonces, se denomina caída del *calleiro*.

Esta dolencia fue muy bien descrita por alguno de nuestros investigadores como el médico, escritor y etnógrafo lucense Xesús Rodríguez López (Lugo, 1859 – 1917) en un artículo sobre el tema (Rodríguez, 1888) y en el libro *Supersticiones de Galicia y preocupaciones vulgares* (Rodríguez, 1974).

Rodríguez López, referente para el estudio de nuestra cultura popular, fue un combatiente furibundo contra creencias y supersticiones y, a pesar de eso, recibió reprimendas severas de parte de la iglesia por considerar que criticaba ritos ortodoxos cuando, en realidad, solo describía la participación de curas y religiosos en operaciones de curación de dudosa eficacia.

En el artículo mencionado, bajo el título “La Paletilla”, explica con detalle la casuística de esta dolencia. El mal aparece cuando el hueso llamado paletilla o espiñela «cae» de su sitio natural y el enfermo no cura hasta que se le practica la operación conocida como «levantar la paletilla», intervención reservada a especialistas, sean hombres o mujeres.

Los síntomas más habituales para diagnosticar la caída de la paletilla son la pérdida de apetito, el cansancio al andar o sentir malestar

sin razón objetiva, cuando se suda o se tiene frío sin causa aparente, dolor de cabeza o sueño excesivo. Si a estos síntomas añadimos un aspecto físico flaco, palidez, tos y opresión en el pecho se concluye que tenemos la paletilla caída.

El curandero o curandera lo primero que hace es comprobar si, efectivamente, el enfermo tiene o no la paletilla caída. Uno de los procedimientos consiste en sentar al paciente en el suelo o en una silla, hacerle poner el cuerpo de frente, cogerlo por las muñecas y estirarle los brazos lo máximo que se pueda. Después tratan de juntarle las manos por encima de la cabeza; si los brazos no igualan, es evidente, concluye el entendido, que tiene la paletilla caída. Otro método consiste en medir con una cinta métrica desde la boca del estómago hasta la columna vertebral por ambos lados y se uno mide más que el otro, se confirma la sospecha de que tiene la paletilla caída.

En caso de confirmarse la dolencia, a continuación, hay que levantar la paletilla, operación para que se conocen varios métodos. Uno de ellos consiste en apoyar las dos manos del enfermo en el correspondiente lado de la cabeza. Después lo levantan, cogiéndolo por detrás, de manera que las costillas del enfermo apoyen sobre la rodilla del curandero.

A continuación, se le dan unas sacudidas hasta sentir el estallar de los huesos, señal definitiva, sobre todo si el estallido se asemeja al de una rama o vara cuando se rompe, de que la paletilla queda en su sitio. Hay que tener mucho cuidado en no dejar que la paletilla vuelva a caer por lo que se le hace beber al doliente inmediatamente después del tratamiento unos tragos de agua fría.

Otro método consiste en curar «por palabras»; o sea, mandar el paciente para casa y prometerle que la curandera dirá unas oraciones durante el transcurso de una misa. Rodríguez López dice que, en la misa, entre el alzamiento de la hostia y lo del cáliz, la curandera reza durante varios días oraciones como estas:

Paletilla y espinilla, tente fuerte, como Jesucristo se tuvo en la cruz con el poder de Dios y de la Virgen María. Un padrenuestro y un avemaría.

Un cura de la sacristía sale a decir misa va, y un hombre le va a ayudar. Así como estas cousas son verdad, paletilla y espinilla, tripas e cuelleiro (de fulano de tal) se volvan ó seu lugar. Con el poder de Dios y de la Virgen María. Un padrenuestro y un avemaría.

En un manuscrito de nigromancia titulado “La Monja de Filgueira” que se publicó en el periódico El Correo Gallego, de Ferrol, el 23 de junio de 1900, vienen otras palabras que se dicen para curar este mal:

La paletilla, mal de tripas, bazo, madrí y calleiro curarán y sanarán por el poder de Dios y de la Virgen María y del bendito San Juan cuando dijere el ministro después de morder la cola de un gato negro y gritar por tres veces ¡Meigas fóra! esta oración sagrada: «Espinilla, paletilla, asaduras y calleiro, volveros á vuestro lugar como as galiñas al poleiro y los cregos al altar y el capeludo á ó inferno é as ondiñas á ó mar». Aquí persignese y bendiga y diga con devoción: «San Juan y Santa María fueron juntos á una romería y dijo San Juan; «Se me cayó la paletilla», y le respondió la Virgen yo te la levantaré y séate levantada por el poder de Dios, la virtud y la fe mía. Amén.

Otro remedio consiste en «correr» (masajear) los miembros del enfermo con las manos secas o untadas en aceite y friccionar con fuerza todo el cuerpo; y otro más, coger al enfermo por las piernas y levantarlo, cabeza abajo, hasta tres veces.

También se le podían dar al doliente cocciones de varias hierbas durante siete días, o meterle nueve plantas llamadas «estrellas de mar» (¿helechos?) entre la piel y las medias que debía mantener durante nueve días sin sacar.

También se practicaba, según se explica en El Bien, nº 73 (19/07/1903), tirar de la piel que recubre el estómago de abajo a arriba y que

por tres días el doliente no coja pesos ni en las manos ni en cabeza.

En Cuveiro (1876) se apunta un remedio diferente. Consiste en poner una moneda sobre la boca del estómago y sobre la moneda una cerilla encendida que se tapa con una ventosa o con un vaso en forma de campana, presionando con la mano durante un cuarto de hora para que no entre aire. Cuando se retira la ventosa, se coloca un apósito reconfortante sobre la zona. En esta misma obra se dice que la planta llamada llantén, llevándola algún tiempo debajo de la planta del pie, favorece la curación de la paletilla.

R. Quintía Pereira (Quintía, 2014) recogió en la parroquia de San Martiño de Salcedo, municipio de Pontevedra, otro método que consiste en que el sanador ponga las manos en la cabeza del enfermo para acto seguido darle un golpe en la frente. Y así volvía la paletilla a su sitio.

Xavier Costa Clavell (1992) escribe:

Conocí en Chantada una «curandeira/menciñeira» muy singular. Vivía en la calle de los soportales de abajo de la villa. Aquella mujer pasaba por ser muy hábil a la hora de curar el «Mal de la Espiñela». Yo fui como acompañante de una prima de un amorío mío sería por el año 1941 o 1942 y recuerdo que la «curandeira», mujer vieja, sucia, casi harapienta, que tenía todo el aspecto de una bruja y olía pestíferamente aunque no a azufre, sino simplemente a mugre antigua y de variada composición, me causó una deprimente impresión.

Como no tuve oportunidad de entrar en el sórdido tabuco en el que llevaba a cabo sus manipulaciones, no pude comprobar en qué consistía su «ciencia» ni qué tipo de ensalmos recitaba. Pero recuerdo que mi amiga pareció salir muy reconfortada de la visita y convencida de que la «paletilla caída» que decía tener se le iba a poner muy pronto en su sitio.

Exponemos a continuación una serie de remedios para tratar la caída de la paletilla publicados en la web de Galicia Encantada²:

Había unha veciña miña que a levantaba. Sentaba a persoa nunha cadeira, igualáballe as mans cara arriba e logo había que tomar nove graos de nabiña de nabo nunha culleriña de café con mel durante nove días. Non vexas os que pasaron por alí!

Antonio Fernández. A Fonsagrada (Lugo)

Na miña casa era moi común. Meu pai padecía diso. Tiña que cruzar os brazos diante do peito e una persoa por detrás levántalo para que se lle colocara!

Dolores Flores Fernández (Lugo)

Se estás canso, sen ánimos, con malestar ... e queres saber se tes a “paletilla caída” é tan fácil como sentar no chan coas costas apegadas a unha parede,

levantar os brazos e xuntar as palmas das mans sen separalas, e baixalas ata velas. Se está caída, unha das mans estará máis alta que a outra; se é así, dar nove golpes no ombro da man que estaba máis alta. Volver a repetir para mirar se xa están iguais as mans e se é así, o malestar desaparecerá rapidamente.

Manuel Gómez Martínez

Pola comarca dos Ancares era moi frecuente. Rezaban unhas oracións que nunca souben e pasaban polas sofraxes, dunha á outra, e por todo arredor do tórax, un nobeliño de lá.

Helena Villar Janeiro. Becerreá (Lugo)

La curandera lleva al doliente hasta el pie de un saúco que ha nacido espontáneamente, es decir, que no haya sido plantado por nadie. Una vez allí, le envuelve una rama del árbol alrededor de la cintura, sin que ésta se des-

² Galicia encantada (www.galiciaencantada.com [A caída da paletilla]). Consultada en septiembre de 2024.



prenda del saúco y recita tres veces el siguiente ensalmo:

Sabugo que fuches nado e non plantado, cérralle a paletilla a fulano de tal (dise o nome e os apelidos), cun pai noso e unha ave maría, coa graza de Dios e da Virxe María.

María José Gómez Alvite, de Ligonde, Monterroso (Lugo)

Vamos a comentar ahora otro tipo de dolencias psíquicas que tienen en común que el doliente cree estar bajo los efectos de un ente o ser sobrenatural que lo posee y gobierna y que, para bien o para mal, dirige sus actos.

Aunque muchas veces se confunden, e incluso se intercambian las denominaciones, hay tres tipos de dolencias bien diferenciadas: Cuerpo abierto (posesión de un ánima), Cuerpo santo y *Meigallo* o *Ramo cativo* (posesión demoníaca).

CUERPO ABIERTO

Se llama cuerpo abierto, espiritado o iluminado a la persona viva en la que se introduce algún espíritu, normalmente el ánima de un difunto, generalmente la de un familiar, pero también puede ser la de un vecino e incluso la de un desconocido, debido a una especial predisposición que tiene la persona doliente para atraer ánimas. La posesión puede ser momentánea, temporal o permanente.

Estas personas que atraen las ánimas de los difuntos suelen ser débiles de carácter y padecen mucho mientras dura la posesión pues se ven obligadas a invocar los espíritus que las habitan, por lo que la curación pasa por la operación de «cerrar» ese cuerpo lo antes posible.

El espíritu o ánima ocupante aprovecha el cuerpo que ocupa para manifestarse y hacer recomendaciones, valiéndose de la persona poseída y que, bien por propia voluntad u obligada por exorcismos o conjuros de los espiritistas, especialistas que saben invocarlos y

traducir e interpretar lo que dicen los espíritus, transmite los mensajes del poseedor.

V. Risco (1979) dice que no se debe confundir esta situación con los efectos del sonambulismo ni del hipnotismo.

Cuando el espíritu ocupante de un cuerpo abierto actúa por propia voluntad hace que la persona doliente se comporte de una manera no habitual, sino como lo haría en vida la persona a la que corresponde ese ánima. Comienza a hablar en idiomas (latín, castellano) que el doliente no conoce, pronuncia discursos imposibles para sus saberes, hace recomendaciones piadosas (rezos, ofrecer misas, asistir a romerías...), siempre acordes con la ortodoxia religiosa por lo que a veces estos enfermos son confundidos con los llamados cuerpos santos que veremos a continuación.

Hay quien considera los cuerpos abiertos como mediadores obsesionados con hacer el bien, pues, transmitiendo las recomendaciones que el ánima que los posee les hace, contribuyen a reconducir una situación considerada de desorden moral. En ocasiones, el ánima del poseedor se vale del mediador para revelar profecías o cumplir algún deber contraído en vida por él mismo. En otras, presume de conocer los secretos del Otro Mundo e informa de la situación de otras ánimas; si están en el cielo, si purgan en el purgatorio o padecen en el infierno. En ocasiones, la sabiduría que se manifiesta a través del cuerpo abierto es aprovechada, de manera oportunista, por los espiritistas, sabios o sanadores que los tratan.

La Iluminada de Moeche

En Galicia son varios los casos de cuerpos abiertos de los que hay noticia, pero el más difundido fue el de Manuela Rodríguez Fraga, también conocida como la Espiritada o Iluminada de Moeche, que vamos a comentar a continuación.

El nombre de esta mujer apareció en la prensa gallega, concretamente en El Orzán, el 28

de enero de 1925. Había nacido y residía en San Xusto, municipio de Moeche (A Coruña). A los 22 años ya llevaba cuatro padeciendo una tuberculosis que la mantenía encamada y en progresivo deterioro. Tenía paralizados los miembros inferiores, apenas comía y había sido diagnosticada de neurastenia aguda. Vivía con los padres que eran caseros en un lugar propiedad del marqués de Cavalcanti. El padre, conocido como O Quinto, había sido santero, por lo que en la casa abundaban los escapularios, crucifijos, estampas y grabados con asunto religioso, así como amuletos muy variados.

De repente, el 12 de enero de 1925, Manuela comenzó a hablar en tercera persona, con voz de hombre y acento cubano. Impartía consejos con conocimientos de liturgia, dogmática y filosofía que ella, evidentemente, no poseía. Se refería a sí misma como «La niña». Viendo el éxito de los discursos de la chica, el párroco del lugar empezó a organizar peregrinaciones a su casa y la gente acudía en masa los domingos para escuchar lo que llamaban «misas». Un tiempo después, incluso recuperó el apetito y comenzó a comer vorazmente. Cuando la entrevistaron los periodistas de El Orzán, les dijo que se había metido en su cuerpo el espíritu de un antiguo cura de Ortigueira que había emigrado a Cuba y había muerto en la Habana sin cumplir el compromiso de decir unas misas y unas oraciones. El espíritu del cura para purgar aquellas faltas se había metido en el cuerpo de Manuela mientras esta bebía agua inclinada sobre un arroyo.

El caso tuvo amplia repercusión en la prensa gallega y española, e incluso en la extranjera como en The Chicago Tribune y en Le Petit Parisien. W. Fernández Flórez le dedicó algún artículo, y X. L. Méndez Ferrín y Manuel Rivas recrearon este caso en alguno de sus relatos.

Algunos médicos de la época calificaron el caso de histerismo. Teólogos y teósofos la consideraban una médium. Según los autores del artículo (Espandian et al., 2014): «[...]podría-

mos pensar que estamos ante un caso de la esfera de la Histeria (disociativo, personalidad múltiple, psicosis histérica...)».

La fama de Manuela, una mujer de salud delicada que echó mucho tiempo encamada y sin comer, y que murió joven, se desvaneció cuando el padre prohibió que la gente siguiera peregrinando a su casa.

CUERPO SANTO

A diferencia de los cuerpos abiertos, los llamados cuerpos santos no son objeto de ningún tipo de posesión, ni de demonio, ni de ánima o espíritu, aunque existan muchos parecidos entre ambos padecimientos. Los cuerpos santos suelen darse en personas excepcionalmente piadosas, con comportamientos de verdaderos santos o santas, por lo que las facultades que se les atribuyen para curar determinadas dolencias pueden considerarse un don de Dios. Suelen sentir de manera mimética los dolores de los demás, también los de Jesucristo e incluso los de toda la humanidad.

La sintomatología es muy característica. Permanecen mucho tiempo encamados, sin comer, salvo comulgar, ni evacuar sólido ni líquido. Apenas hablan. Pueden presentar catalepsia, insensibilidad y muchas veces los estigmas de Cristo en algún miembro.

En Asturias se les llama Ánimas Vivas, pues se cree que son resucitados, que ya estuvieron en el purgatorio y vuelven entre los vivos. Constantino Cabal cuenta varios casos que reflejan experiencias próximas a la muerte.

Tampoco faltan casos de simulación y de aprovechamiento por parte de terceros con pocos escrúpulos.

La Santa de Gonzar

Josefa de la Torre Neto, la Santa o Espiritada de Gonzar, fue un caso célebre de cuerpo

santo. Nació el 11 de noviembre de 1773 en Gastrar (Boqueixón). Creció fuertemente influenciada por las creencias religiosas familiares, especialmente por un tío sacerdote con quien convivió hasta los 16 años. Luego se trasladó con sus padres, agricultores acomodados, a Santa Baia de Vigo y posteriormente a Gonzar (O Pino). Cuando tenía 23 años se casó y tuvo cuatro hijos, uno de los cuales falleció muy joven, antes de quedar viuda con 30 años.

Todo comenzó un día de noviembre de 1806 cuando acababa de cumplir los 33 años. El suegro se había empeñado en trillar, a pesar de que Josefa se oponía, pues se acercaba un temporal. En plena faena comenzó a llover. Josefa, que estaba preparando la comida en la

cocina, corrió a ayudar, pero el contraste entre la temperatura de la cocina y el frío y la humedad del exterior le provocaron espasmos, desmayos y escalofríos que le duraron dos días.

En las semanas siguientes murió la madre y a Josefa se le presentó una gastroenteritis. Progresivamente se le fueron paralizando los miembros y quedó prácticamente ciega. El cuerpo le hinchó y se le llenó de llagas supurantes. Sin madre y sin marido, sometida a la voluntad del suegro y con una salud débil, todo hacía presagiar complicaciones. Además, todo lo que tragaba le sentaba mal, dejó de comer y encamó.

Solo hablaba con un confesor. Una criada descubrió que cuando la familia dormía, ella se levantaba, se acercaba al fuego y se peinaba,



Foto: Fidam Nazim

pero no comía ni bebía. Solo confesaba y comulgaba una vez al mes. Su fama se extendió. Personas enfermas corrieron a su lado para tocarla y pedirle bendiciones por lo que el arzobispo de Santiago, Rafael de Vélez, le puso vigilancia a cargo de tres frailes beatos y un sacerdote ordinario que en diecisiete días no descubrieron nada en especial.

El prestigioso médico José Varela de Montes —precursor de la psiquiatría gallega—, después de observarla trece días, escribió un opúsculo en 1838 donde dice que, en general, presentaba un estado aceptable y que solo se alteraba cuando el frío o el calor eran anormales. Si no expulsaba líquidos ni excrementos, ni sudores —solo derramaba alguna lágrima— concluyó Varela, tampoco precisaba reponer, pues nada gastaba. Un capitán del ejército emitió un informe de similares características. Ni arrugas tenía.

Josefa de la Torre falleció en 1848, con 75 años. Llevaba 42 años encamada, sin comer ni beber, ni apenas moverse, en posición fetal; cuando lo hacía, se quejaba de algún dolor. Tras hacerle la autopsia se dijo que habían encontrado restos de pan de maíz en su estómago. La enterraron cinco días después con acompañamiento numeroso, en un sitio principal, debajo del altar de Nuestra Señora del Carmen, en la iglesia de Santa María de Gonzar.

Que se sepa, nunca se destapó la tumba para ver el estado de conservación de su cuerpo, y eso que al parecer el arzobispado de Santiago dispone de una llave para abrir la sepultura.

Como el de Josefa de la Torre, se dieron otros casos, siempre protagonizados por mujeres, que trascendieron a la prensa tanto en Portugal como en Galicia, como el de la santa de Vilamaior (Baltar, Ourense), la espiritada de Paracosteira (Chantada, Lugo), la santiña de Seixomil (A Bola, Ourense), la *xaxuadora* de Millerada (Forcarei, Pontevedra), Dominga Recamonde Gil (Solla, 2021: pp 38-49), y el de Rosa Fraga Peón de San Pantaleón de Cabanas (Ouro, Lugo).

MEIGALLO O RAMO CATIVO

La «locura ruín», según la terminología usada por J. Rodríguez López, recibe otros nombres, además de *meigallo* y *ramo cativo*, como hechizo, *dada* y mal de brujería. De los dolientes se dice que están poseídos o endemoniados y por su comportamiento, generalmente violento, también se les llama energúmenos o sucios.

En los momentos agudos de la posesión, los dolientes profieren gritos y juramentos, sufren convulsiones y retorcaduras en algunas partes del cuerpo y echan espuma por la boca. Se niegan a entrar en lugares sagrados y a relacionarse con los sacerdotes y con las cosas benditas. Algunos pierden la vista o sufren parálisis.

Quien padece *meigallo* o *ramo cativo* es preso del agente demoníaco que lo posee, que le causa tormentos y torturas psíquicas y físicas. En cuanto a la sintomatología, se manifiesta de muchas maneras. Debilidad física, decaimiento de ánimo, inapetencia, abatimiento o cualquier otro tipo de alteración de la salud. También puede padecer esta dolencia quien es víctima de accidentes o pérdidas económicas, quien se ve involucrado en conflictos familiares o se acontecen muertes imprevistas en el entorno social. Suele confundirse con el mal de ojo, aunque los agentes causantes son, en este caso, demonios o espíritus malévolos que se introducen en los cuerpos y que someten a su voluntad la de la víctima.

El espíritu o ente maligno de origen demoníaco se introduce en el cuerpo de las personas por propia iniciativa o como consecuencia de un hechizo o de comer o beber, mezclada con otros líquidos o alimentos, una pócima siguiendo la receta de algún brujo o bruja.

Heiche de dar o meigallo / heiche de dar o feitizo / heiche de dar o meigallo / no pemento do chourizo.

A un joven de catorce años de Zoñán (Mondoñedo, Lugo) un tío suyo le dio a beber un demonio en un cazo de leche. Acto seguido, el joven comenzó a hacer cosas raras. Escapaba

para el monte, saltaba por encima de zarzas, tojos, arbustos y rocas. A veces aullaba como los lobos o bramaba como los becerros; otras veces ponía los ojos en blanco y hacía muecas, estragaba la ropa, arrancaba los pelos y bebía en las charcas. La habilidad más extraordinaria era que el joven podía meterse por la rendija de un arca por donde no cabía una mano atravesada y volvía a salir tan campante. Así anduvo durante catorce meses hasta que le quitó aquel demonio del cuerpo un frade del cercano convento de los Picos.

Los ritos curativos son muy variados y suelen realizarse en santuarios especializados en males de la cabeza como los de Santa Xusta (Morraña, Pontevedra), Santa Eufemia (Arteixo), O Corpiño (Losón, Lalín, Pontevedra), Santa Comba y San Pedro (Ribadavia, Ourense), o en el de San Pedro Mártir (convento de Belvís, Santiago de Compostela).

En estos santuarios se realizan, o se realizaban, exorcismos practicados por sacerdotes formados y expresamente autorizados por la Iglesia Católica.

PASTEQUEIROS

Al margen de estos lugares religiosos, hay especialistas como los *pastequeiros* y las *pastequeiras* que conocen el secreto y las artes para curar el *meigallo*. Se sirven de oraciones y ritos que se suelen ejecutar en lugares sagrados (templos, atrios, camposantos). Suenen ejercer esta profesión personas devotas y nada interesadas económicamente.

El nombre les viene de la expresión latina *pax tecum*, «la paz sea contigo», tomada del rito de la misa, y que ellos suelen utilizar como fórmula en sus rezos, producto de una curiosa mezcla de fragmentos litúrgicos y otros textos de oscuro origen mágico.

Pastequeiros solo hubo en dos parroquias vecinas, Santa Comba de Bértola (Vilaboa, Ponte-

vedra) y San Cibrán de Tomeza (Pontevedra). Las imágenes de los patrones de las parroquias, Santa Comba o San Cibrán, que tienen además en común que los dos fueron brujos antes que santos, tienen que estar presentes en el acto de curación, en el que también utilizan una estola y una cruz de Caravaca. Después de la oración, hay que comer o merendar. El doliente tiene que aportar a tal fin pan y vino. La parte del enfermo, que tiene prohibido comer, se les da a las ánimas, depositándola en el camposanto.

Los *pastequeiros* heredan sus conocimientos de sus antepasados, un curioso caso de sincretismo entre religión y magia, clara supervivencia de cultos precristianos.

La iluminación de Chanteiro

El Correo Gallego, de Ferrol, del 24 de agosto de 1886, informa del caso. En Chanteiro, parroquia de Cervás (Ares, A Coruña), vivía por aquel entonces una mujer llamada Carmen de unos 22 años que decía estar poseída por dos demonios cuyos nombres eran Daniel y Xacinto. Carmen estaba casada y era madre de una niña de pocos meses.

El diario la describe como una mujer ignorante e inculta, más víctima de ataques histéricos que de fanatismo religioso e insta a los párrocos de las parroquias de la comarca a intentar convencer a sus feligreses de que ofenden a Dios siendo tan crédulos.

De los demonios que la poseían, Daniel era blasfemo, violento e irascible. Xacinto, en cambio, era místico, «*bonancible y bien educado*». Mientras Daniel echaba pestes, Xacinto «*solo en Dios y en los santos encuentra motivo de disertación*». Los dos demonios hablaban siempre por la boca de la endemoniada.

Carmen estaba encamada. A su casa acudían multitudes «*desde muchas leguas a la redonda*» y a todos los que le preguntaban por el paradero sobrenatural de sus familiares fallecidos respondía con la ayuda de los demonios que

tenía dentro del cuerpo. Cuando le preguntaban qué podían hacer para servirles, los demonios respondían por boca de Carmen. A veces le hacía compañía y conversaba con ella otra vecina que decía tener dentro de su cuerpo el espíritu de un cura que hablaba, a través de ella, en latín.

Las posesiones terminaron el día 17 de agosto, a las nueve de la mañana. Las personas que lo presenciaron vieron como salía del cuerpo de Carmen una paloma blanca con un pico rojo que voló y marchó.

En este caso es bastante evidente el cruce de características entre cuerpos abiertos y *meigallo* o *ramo cativo*. También puede ocurrir que los redactores de la noticia en el periódico no reparasen en los detalles y se dejaran llevar por su afán por desacreditar y ridiculizar a la protagonista.

ENGANIDO O TANGARAÑO

Se llama *enganido* o *tangaraño* a la dolencia que solo afecta a niños y niñas y que se cree causada por diferentes aires. También se tiene documentado que lo que causa la enfermedad, metiéndose en el cuerpo del niño, puede ser un demonio llamado precisamente Tangaraño. Las criaturas dejan de andar, no crecen y no engordan. La medicina convencional identifica este mal con el raquitismo.

Uno de los rituales de cura consiste en reunir a tres mujeres llamadas María que junto con un trozo de pan y un poco de vino llevan al doliente a una casa distinta de la suya. Y allí, en la cocina, van pasando al doliente de una a otra hasta nueve veces mientras una dice y otra contesta a cada vuelta:

—*Toma, María.*

—*Que me dás aí?*

—*O Enganido.*

—*O Enganido non cho quero, que quero a —nombre del niño—.*

Le cambian la ropa que lleva puesta por una limpia y cada una hace chocar (se entiende que lo hace suavemente) con la cabeza del niño en una artesa por tres veces. Después queman la ropa vieja en el fuego y a acto seguido le echan un trozo de pan a un perro y ellas comen el que queda y beben el vino. Para terminar, salen de la casa por puerta distinta de la que entraron.

En el Penedo Furado de San Bieito da Cova do Lobo se hace un rito semejante en el que también participan tres mujeres llamadas María, aquí pasando el niño por la grieta de la piedra. También pueden hacer la misma operación entre la madre y la madrina de la criatura.

Una dice:

—*María, aí che vai o tangaraño.*

Y otra responde:

—*Aí cho devolvo, san e salvo.*

Tres mujeres llamadas María pueden hacer curaciones de este tipo en diferentes rocas de nuestra geografía, en un hueco de las paredes de las iglesias, en cruces de caminos, por debajo de las ramas de un avellano, de las ramas de un roble, por debajo de dos piedras que imiten un puente o por debajo de una artesa. También pueden ser sustituidas por la madre y por una o dos hermanas del doliente.

Otro rito para «cortar» el *enganido* requiere de la intervención de un carpintero de tercera generación quien, valiéndose de un machete, da un golpe en un cordel de juncos con el que se atan las piernas del niño mientras se dice:

Meu pai carpinteiro, meu avó carpinteiro, eu carpinteiro.

Córtoche a pexa neste tallerio.

Otros curanderos, sabios o sabias, llevan al niño a una iglesia, acompañados de la partera. Una vez que lo desnudan, le mojan la cabeza con agua bendita, le hacen una cruz en la frente con un ajo y en el altar mayor levantan la piedra y pasan al niño dos o tres veces por

arriba y por debajo. Para terminar, se le da a beber al niño, gota a gota, una mezcla de vino, incienso y miel.

CURANDEROS Y CURANDERAS

Para finalizar este breve repaso al mundo de los males de la cabeza desde la óptica de la cultura popular tradicional gallega, dejamos unas notas sobre las personas que tradicionalmente se dedicaron a curar este tipo de males. Enseguida comprobarán que, en varios de los casos, las personas que tienen la capacidad de remediar el mal a otras personas también lo padecen o padecieron, pues la facultad les viene, justamente, de esa circunstancia.

Los nombres por los que se conocen van en función de la especialidad o dolencia que atienden. Se usa con frecuencia el genérico curandero o curandera para referirse indistintamente a cualquier persona que se dedique a este oficio. A veces también reciben el nombre de *menciñeiros* o *menciñeiras*.

Generalmente, aprenden de la tradición y de los antepasados, preferentemente de los de la propia familia que se dedicasen a lo mismo. También hay casos en los que el don de curar depende de una circunstancia casual, por suerte (destino), por haber hablado en el vientre de la madre o por otro motivo.

Se les llama brujos y brujas a aquellas personas que usan alguna magia tanto para curar una dolencia como para causarla, pues tienen ambas capacidades.

Cuando su cometido es hacer exclusivamente el bien, curar, se les llama sabios o sabias. Estos, además de curar dolencias, tienen la capacidad de adivinar el porvenir y la vida que llevan los que están lejos, descubren robos y saben dónde se esconden las cosas perdidas. También saben remediar el *meigallo*, el mal de ojo, los aires y expulsar los demonios del

cuerpo. Recetan rescritos, amuletos, hierbas, piedras y otros remedios mágicos o religiosos. También pueden descubrir tesoros.

A veces a la persona que cura se le llama sanador. Puede ser hombre o mujer. El don puede venirle de nacimiento, por nacer en Viernes Santo o el mismo día y a la misma hora que lo hizo Jesús, o por ser el séptimo o el noveno hermano del mismo sexo. Suelen tener una cruz en el paladar o debajo de la lengua. Suelen ejercer buena influencia, aunque se conocen casos en que echan maldiciones.

Ya hablamos de los *pastequeiros* y *pastequeiras*, especialistas en curar *meigallos* y posesiones diabólicas. Las *talladoras*, suelen ser mujeres, tienen la facultad de *tallar*, cortar, la enfermedad llamada *coxo* o *goxo*, que es una erupción granular en la piel que deja retratado el animal que la causó con su aire o su *pezoña* (veneno): araña, topa, sapo, salamandra, cobra, escorpión, víbora, ciempiés, cínife, etc. Se hace *talladora* quien consigue matar tres topas con sus respectivos puñetazos. Para curar, escupe en la zona afectada y la bendice tres días seguidos, o hace tres cruces durante tres días seguidos sobre la erupción con un cuerno de *Alicornio*³ bendecido.

A modo de ejemplo, recreamos ahora en unas pocas líneas algunas notas biográficas de dos de estas personas:

Filomena Arias Armesto

Fue conocida como la Sabia de Torbeo por haber nacido en esta parroquia del municipio de Ribas de Sil (Lugo), entre 1865 y 1885. De joven se marchó con un hijo a vivir a Madrid, ciudad en la que residió, trabajando como criada, hasta 1920 o 1921. Cuando regresó a Torbeo, un día, estando de reunión con los ve-

3 Alicorne, alicorno. Raspas o polvo del fabuloso Unicornio aunque, generalmente, no era sino polvo de los cuernos de otros animales como la vacaloura, el ciervo... Se usó en la curación de meigallos y otras muchas dolencias dándoselo a beber al doliente mezclado en agua.



Foto: Fogar do Santiso, Teo

cinos, fue a beber agua a la fuente de la Cruz y cuando volvió ya entró de espaldas en la casa. Después se echó al monte y por allá anduvo hasta que unos hombres de la parroquia, comandados por el párroco, la fueron a buscar. La trajeron atada y atada la retuvieron al lado de cementerio mientras el cura leía un texto de un libro para exorcizarle los cinco «cadelos» (espíritus) que por lo visto tenía dentro del cuerpo. Solo consiguieron quitarle dos «cadelos»; los otros quedaron para siempre dentro de ella. Cuando le daba el «mal» hablaba en castellano. Comenzó a ejercer de curandera, alcanzando una fama enorme por toda Galicia, y por buena parte de la península tanto de España como de Portugal. Curaba con plantas y con otros remedios tradicionales, sobre todo con pócimas. Los que la conocieron u oyeron de sus méritos decían que tenía poderes que le permitían saber del paradero o del estado de salud de personas, aunque no las conociera o residieran bien lejanas a ella. Era consultada para destapar tesoros. Para muchos de los cometidos se ayudaba de una medium que ella invocaba llamándole «La niña».

Según Risco (1979), Filomena Arias decía que cuando muriera le dejaría su poder a una chica de 15 años, que fuera virgen y que se llamase como ella. Mas, que se sepa, no tuvo heredera. Cuando le daba el mal permanecía acostada en la cama, ladraba como los perros por tiempo de media hora o de una hora. Después atendía las consultas. No necesitaba preguntar, pues adivinaba la pregunta que le iban a hacer y, a continuación, entraba en detalles sobre la dolencia y otras circunstancias del doliente.

En los últimos años de su vida se trasladó a Monforte y cuando presintió la muerte pidió que la llevaran a expirar a Torbeo, pero no pudo llegar. El 23 de abril de 1938, cuando la trasladaban en una camilla, se le fue la vida a la altura de Rairos, lugar del mismo municipio de Ribas de Sil en cuyo cementerio está enterrado su cuerpo.

Isolina Camiña

La *Gheiteira* nació en Cerdedo (Pontevedra), en 1909, y murió en Pontevedra, en 1996. Tenía una artesa que usaba para exorcizar el *anghinido* (enganido), un anillo dorado de estrella y la cruz de San Andrés. Era especialista en cortar el aire de difunto. Ponía el anillo en el dedo, colocaba al doliente en la artesa, le hacía unas friegas y decía las palabras del ritual, repitiendo tres veces. El doliente acababa por adormecer dentro de la artesa y, cuando despertaba, ya estaba curado. Un sobrino-nieto suyo, Calros Solla (2008), fue quien heredó estos utensilios y está especialmente orgulloso de la llamada cruz de San Andrés, un guijarro gris que de manera natural tiene dibujada una cruz blanca en aspa. Quien tiene esa piedra en el bolsillo en el momento de expirar, aunque no peregrinara al santuario de Teixido en vida, queda libre de hacerlo después de muerto. ¡El salvoconducto universal!

Para concluir este apartado y el artículo, extraigo, a modo de ejemplo de la presencia de estos temas en la literatura gallega contemporánea, un fragmento de la conocida obra de Álvaro Cunqueiro titulada “*Escola de menciñeiros*” (Cunqueiro, 1976).

El personaje escogido se llama Borrallo de Lagoa, un menciñeiro que, por ser albino, no podía echar mal de ojo, que «*curaba tolos, morriñosos i afrixoados*» y «*Decía que non había demos e que sobaban os esconxuros*». Les cambiaba el nombre a los dolientes y les inventaba una vida nueva, muy diferente a la que habían vivido. Curaba enseñando a leer y recomendaba largos paseos.

Ós que en neloutroas partes chaman alganados ou ensumidos, por Terra de Miranda e Pastoriza dicenlles afrixoados. Xente é que se entrista, enfraca, cánsase, desavece a comida, e morre aborrecida e calada nun recuncho, a pel da cór da cera, e por veces queixándose dun punto frío que lles vaga pólo corpo, cando no peito, cando na espiña. Borrallo estaba especializado, que il mesmo fora un afrixoado, i autocurouse. Parte da terapéutica consistiu en ade-

prender a lér: vendeu unha terra e foi a pasar un mes en Ourense. Volvéu novo.

—¡Valía máis que Conxo!, díxome un mui amigo dil. De neno, afixo a comer do mesmo zatico de pan a un rato i a un melro. Tiña mui estudiada á xente.

BIBLIOGRAFÍA

Actas do Simposio Internacional en homenaxe a D. Antonio Fraguas (1997): *Medicina popular e antropoloxía da saúde*. Santiago de Compostela: Consello da Cultura Galega.

Becoña Iglesias, E. (1981). *La actual medicina popular gallega*. A Coruña: Magoygo Costa Clavell, X. (30 de marzo de 1992). Curandeiros y menciñeiros. *La Voz de Galicia*.

Cuba, X., Miranda, X., & Reigosa, A. (1999). *Diccionario dos seres míticos galegos*. Vigo: Xerais.

Cunqueiro, A. (1976). *Escola de menciñeiros*. Editorial Galaxia.

Cuveiro Piñol, J. (1876). *Diccionario Gallego*. Barcelona: Establecimiento tipográfico de N. Ramirez y Cía.

Espandian Nojavan Pana, A., López López, M. A., Delgado Charro, L., & Simón Lorda, D. (2014). La iluminada de Moeche. *Cadernos de Atención Primaria*, (20), 260-264.

Gondar, M., & González, E. (1992). *Espirítados. Ensaíos de Etnosiquiatría galega*. Santiago de Compostela: Laiovento.

Gondar, M., & González, E. (2003). *Poseídos. Ensaíos de Etnosiquiatría galega*. Santiago de Compostela: Endovelía.

Iglesias Iglesias, L., Cuevillas, F. L., Risco, V., Parga Pondal, I., Otero Pedrayo, R., Lorenzo

Fernández, X., & Taboada Chivite, X. (1979). *Historia de Galiza*. Madrid: Akal.

Lis Quibén, V. (1980). *La medicina popular en Galicia*. Madrid: Akal.

Lisón Tolosana, C. (1980). *Brujería, estructura social y simbolismo en Galicia*. Madrid: Akal.

Lisón Tolosana, C. (1991). Antropología de los pueblos del Norte de España: Galicia. *Revista de antropología social*, 0, 13-29. Madrid: Universidad Complutense.

Losada, U. (1926). A espiritada de Moeche e o poseso Antón Ramilo. *Nós*, 29, 5-10.

Mariño Ferro, X. R. (1985/1986). *La medicina popular interpretada I e II*. Vigo: Xerais.

Quintía Pereira, R. (2014). *Patrimonio Inmaterial de San Martiño de Salcedo. Lendas, historias e crenzas*. Sociedade Antropolóxica Galega (SAGA).

Quintía Pereira, R. (2022). El mal de ojo en Galicia. Creencias, ritos y lugares de sanación. *LIBURNA*, 19, 163-218.

Reigosa, A. (2024). *Galicia Encantada. Enciclopedia da fantasía popular de Galicia*. galiciaencantada.com

Rodríguez López, X. (25 de febrero de 1888). La paletilla. *El Regional*, n° 10.216.

Rodríguez López, J. (1971). *Supersticiones de Galicia y preocupaciones vulgares*. Lugo: Celta.

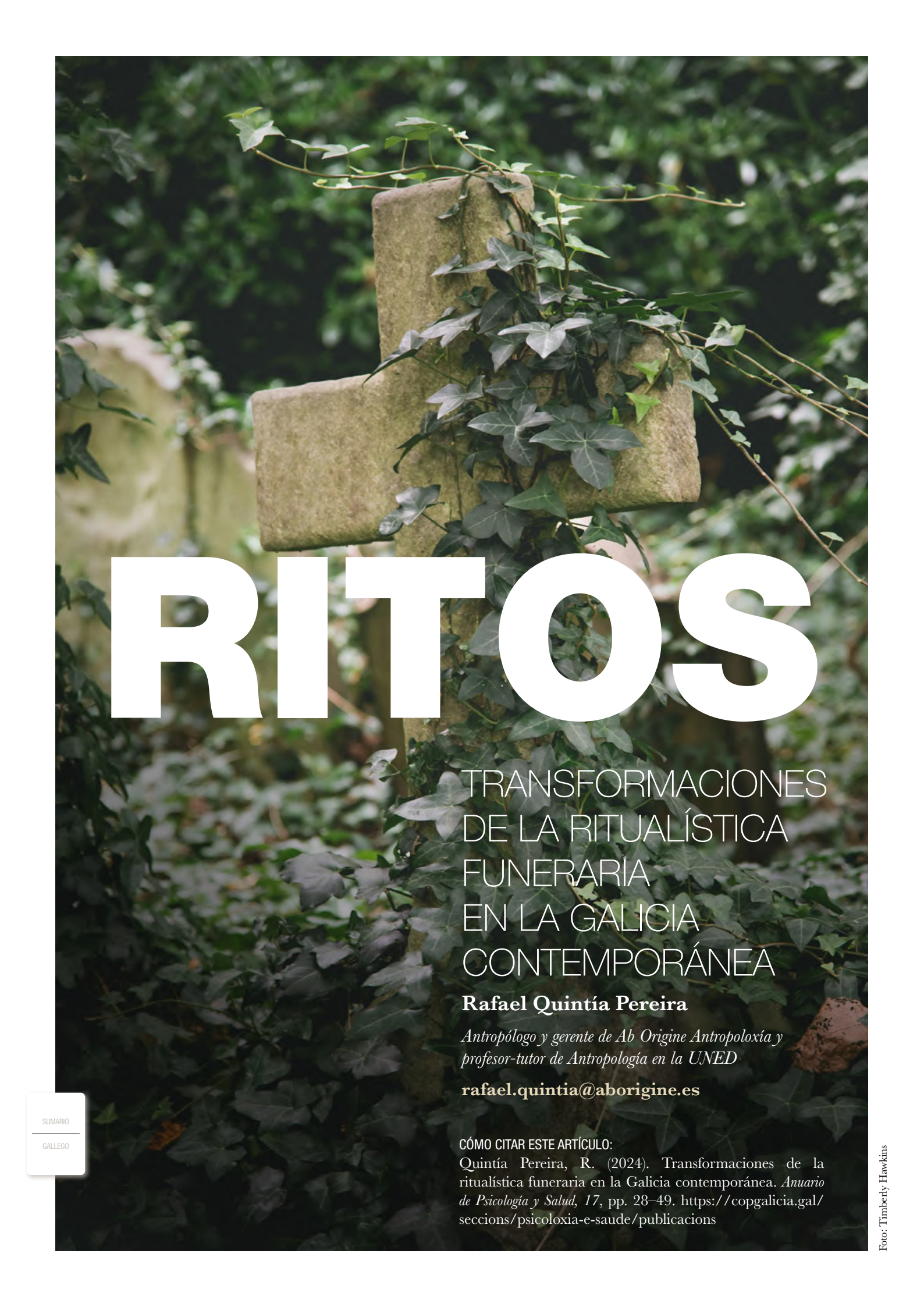
Rodríguez, J. A. (2010). “O Corpo Aberto”: Novas achegas etnográficas. *Fol de Veleno*, 1, 16-29.

Solla, C. (2008). *Isolina, a Gheiteira. Dorna*, 32, 69-71.

Solla, C. (2021). *Crónica da Galiza bizarra*. Can gas do Morrazo: Morgante.

Vázquez Gallego, X. (2004). *Tradiciones y Curanderismo en Medicina Popular en Galicia*. Santiago de Compostela: Tórculo Edicións.

Taboada Chivite, X. (1982). *Ritos y creencias gallegas*. A Coruña: Salvora.

A photograph of a weathered stone cross in a cemetery, heavily covered in ivy. The background is a dense wall of green foliage. The word "RITOS" is superimposed in large white letters across the middle of the image.

RITOS

TRANSFORMACIONES DE LA RITUALÍSTICA FUNERARIA EN LA GALICIA CONTEMPORÁNEA

Rafael Quintía Pereira

*Antropólogo y gerente de Ab Orígene Antropoloxía y
profesor-tutor de Antropología en la UNED*

rafael.quintia@aborigine.es

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Quintía Pereira, R. (2024). Transformaciones de la ritualística funeraria en la Galicia contemporánea. *Anuario de Psicología y Salud*, 17, pp. 28–49. <https://copgalicia.gal/secciones/psicoloxia-e-saude/publicacions>

SUMARIO

GALLEGO

RESUMEN

En este artículo abordaremos cómo el proceso de cambio social afectó a la ritualística funeraria y a la gestión del trance de la muerte en la cultura y en la sociedad gallega. Estudiaremos el cambio cultural en la percepción de la muerte y del duelo en la sociedad actual gallega y cómo esto repercute en la integración del proceso de muerte, en su gestión individual y colectiva, en los ritos, en las creencias y en los propios procedimientos legales. En concreto, nos acercaremos a temas como la transformación de la idea de lo privado y de lo público, el cambio del locus de la litúrgica funeraria, las nuevas maneras de gestión del cuerpo muerto, la comunicación del fallecimiento, los mecanismos de gestión de la pérdida, las nuevas visiones religiosas o el cambio de la sociedad holística a la individual y su repercusión en la cultura de la muerte en Galicia.

PALABRAS CLAVE — Muerte, duelo, rito, Galicia, velatorio, cadáver.

ABSTRACT

In this paper we will address how the process of social change affected funeral rituals and the management of the trance of death in Galician culture and society. We will study the cultural change in the perception of death and mourning in current Galician society and how this affects the integration of the death process, its individual and collective management, rites, beliefs and the legal procedures themselves. Specifically, we will approach topics such as the transformation of the idea of the private and the public, the change of the locus of the funeral liturgy, the new ways of managing the dead body, the communication of the death, the mechanisms of loss management, the new religious visions or the change from holistic to individual society and its impact on the culture of death in Galicia.

KEY WORDS — Death, mourning, rite, Galicia, wake, corpse.

INTRODUCCIÓN

La llamada cultura de la muerte en Galicia cambió en las últimas décadas. La relación que existía con la muerte, el trance y el duelo en el mundo rural ya no es como era hace apenas unas décadas. Las maneras de gestionar este acontecimiento de la vida adoptan, cada vez más, las formas propias de las actuales sociedades industriales y tecnológicas. El cambio de la sociedad rural hacia una sociedad mayoritariamente urbana e industrializada, la pérdida de peso del catolicismo, la globalización, los procesos de aculturación o el cambio de la ideología de nuestra sociedad rural holística hacia una visión individualista de la vida alteraron nuestra forma de ver e interactuar con la muerte. Como dice Marcial Gondar, *«la sociedad occidental dio la espalda a la muerte hasta el punto de convertirla en uno de sus tabúes fundamentales»* (1989: 9).

LA MUERTE EN EL MUNDO RURAL VS. EL MUNDO URBANO

Para entender el proceso de transformación de la ritualística funeraria hace falta, en primer lugar, comentar brevemente cómo era y, de alguna manera, aún es la vivencia de la muerte en el mundo rural y cómo esta se integra en el mundo urbano. Para esto echamos mano de algunas de las ideas contenidas en los trabajos del antropólogo Marcial Gondar (1989), referente obligado en el estudio de la muerte en Galicia.

En el mundo urbano y en la sociedad actual en general se produce una negación de la muerte frente a la aceptación e integración de una realidad irremediable que se daba, y de alguna manera aún se da, en la sociedad rural. En el mundo urbano actual nos esforzamos por ocultar la muerte y los muertos, incluso en los

medios de comunicación se censuran las imágenes de muertos bajo la excusa del respeto a la intimidad de la víctima. En la sociedad rural gallega era todo lo contrario: el muerto se exhibe, se muestra a la colectividad para hacernos partícipes de la pérdida y conscientes de nuestra fragilidad y finitud. Las consecuencias de esta ocultación, marginación y «cancelación» de la muerte en la sociedad urbana es que, cuando sucede, esta se vive como un shock traumático que requiere atención psicológica en muchas ocasiones; frente a la idea de tragedia natural que impera en la sociedad rural. Esto lleva a una vivencia de la muerte y del duelo en soledad frente a la socialización del dolor y del duelo que se daba en las sociedades rurales. La ausencia de mecanismos sociales y culturales de amparo y la represión de los sentimientos son también características propias de las actuales sociedades modernas, a diferencia de lo que sucedía antes y en las comunidades rurales donde la exteriorización de las emociones y la teatralización del dolor funcionan como mecanismo de catarsis y válvulas de escape, socialmente aceptadas, de las tensiones psicológicas y emocionales, tanto individuales como comunitarias, que la muerte de un ser querido o miembro del grupo generan. En cuanto a la gestión del duelo, también hay grandes diferencias pues actualmente existe una presión social para reducir el tiempo de duelo. Se acepta que uno esté triste un tiempo, pero más temprano que tarde se está diciendo a la persona que tiene que superarlo, que tiene que rehacer su vida, que ya es tiempo de olvidar, sin tener en cuenta las necesidades particulares y características personales de cada uno para gestionar sus pérdidas y emociones.

Por último, también existe una honda ruptura entre lo que se concibe como una mala muerte y una buena muerte. Frente a la idea y deseo de tener una muerte rápida y súbita, sin apenas tiempo de enterarse, en las sociedades rurales la buena muerte es aquella que se ve venir, que da tiempo para dejar todo arreglado, partillas hechas, deudas pagas, promesas cumplidas, la

que se demora lo suficiente como para poder despedirse de los seres queridos y para partir en paz acompañados de los suyos al calor del hogar y de la comunidad y siguiendo los ritos que marca la tradición para garantizar el buen trance. Esa es la buena muerte. En consecuencia, la relación con la parroquia de los difuntos también cambia, como veremos a continuación.

Finalizamos este apartado con una cita del médico forense Benito López de Abajo, que hace una interesante reflexión sobre las diferentes maneras de vivir la muerte en la sociedad rural según sea la edad del fallecido y según estemos en la Galicia interior o costera.

Yo creo que la muerte en el medio rural se vive de una forma más próxima, sin que por ello resulte menos dramática. Todo parece indicar que en el medio rural de la Galicia interior hay, fundamentalmente, dos modalidades de muerte: La primera, son aquellas ocurridas “cuando llegó la hora”; es decir, las muertes anunciadas, las de las personas mayores, que, de alguna ma-

nera, era esperada por toda la comunidad. La segunda son aquellas otras que se adelantan a los que cabría esperarse la llegada de su hora. Las primeras son muertes aceptadas, tomadas como algo inevitable y, por lo tanto, con resignación. En ellas se siente la pérdida, pero se comprende lo ocurrido. En cambio, en las segundas, al sufrimiento de la ausencia se le añade el sentimiento de rencor, por la tremenda injusticia cometida al llevarse a una persona tan joven. Y el sufrimiento es, en líneas generales, directamente proporcional a lo súbitamente que ocurrió la muerte, e inversamente proporcional a la edad en la que se produjo. [...] En la Galicia costera este segundo grupo está más interiorizado, en el sentido que, debido a su profesión, conviven más cerca de la guadaña letal y asumen como más “natural” aquello que en la Galicia del interior se vería como una tragedia. [...]. Las condiciones en las que transcurre su vida son tan extremas, que cuando a alguien le ocurre una desgracia, los otros se apiñan alrededor de él, demostrándole que entienden su dolor y su estado, porque ellos también lo han pasado en otras ocasiones (López de Abajo, 2006: 516).



Foto cedida por el autor

EL CAMBIO EN LAS CREENCIAS SOBRE EL OTRO MUNDO

La topografía del Más Allá y su concepción tradicional también está cambiando en nuestra sociedad actual. Hasta hace unas décadas la visión imperante del más allá en nuestra sociedad era la que transmitió el catolicismo en nuestra doctrina. El clero desde el púlpito con su prédica y el catecismo se encargaron de modelar una visión colectiva de lo que acontece tras la muerte marcada por posibilidades:

El Cielo: al que van los que mueren en gracia de Dios. Es la recompensa a una vida libre de pecado, un lugar de paz y armonía, donde no existen las preocupaciones y donde vivir eternamente junto a Dios rodeado de sus ángeles.

El Infierno: donde van los condenados que no alcanzaron la salvación. En el infierno ya no hay esperanza. Es el lugar del sufrimiento eterno y allí los pecadores serán castigados según la gravedad de sus faltas.

El Purgatorio: lugar de penitencia o purificación. Ese Otro Mundo-Purgatorio del cristianismo galaico es un mundo moral. Desde él se sancionan las faltas al código axiológico cometidas en nuestro mundo terrenal, pero en él también sufren el castigo los que en vida pecaron. Es lugar de penitencia y expiación y en él se redimen las transgresiones hechas en vida en el mundo terrenal. Del Purgatorio se sale hacia arriba, al cielo, o hacia abajo, al infierno.

Frente a esta visión, en la nueva sociedad urbana, globalizada y más multicultural empiezan a penetrar otro tipo de creencias de lo que sucede tras la muerte que, junto con el creciente agnosticismo fruto de la sociedad laica y tecnológica, conviven con otras. Aparecen así nociones como la de la reencarnación, propia de corrientes filosóficas y religiosas orientales, la de una nueva vida renacido en otro plano de existencia; diferentes a los que ofrece

el cristianismo u otras creencias nacidas de la *New Age* que, desde los años 60, viene cogiendo peso en nuestra sociedad.

Relacionado con esta visión del Más Allá está también la seriedad con la que se trata el mundo de los difuntos, su culto, recuerdo y su comunicación. Nada más alejado de las actuales fiestas de *Halloween* donde se produce una banalización de la muerte y de los difuntos y se convierte la fecha en la que se exterioriza, escenifica y ritualiza de forma colectiva el homenaje a los difuntos en una suerte de carnaval protagonizado por fantasmas, monstruos, depredadores sexuales y *psycho killers* con motosierra que pululan por fiestas, centros escolares, calles y bares.

FACTORES DE TRANSFORMACIÓN EN LA RITUALÍSTICA FUNERARIA

Como ya avanzamos, son varios los factores que influyen en la transformación de los ritos funerarios en Galicia. Nuevas concepciones de la muerte fruto de una sociedad más global y multicultural; la pérdida de peso de la Iglesia en la sociedad, tanto a nivel de poder real como de influencia moral e ideológica; la convivencia con religiones en competencia con el catolicismo; el creciente individualismo propio de la sociedad capitalista moderna donde el valor del individuo se impone sobre el de la colectividad; la consecuente desaparición de la sociedad holística propia del mundo rural; la urbanización de la sociedad y el cambio tecnológico son algunos de los factores que podemos citar entre los causantes de esta transformación. Muchos de ellos fueron magistralmente estudiados por el antropólogo Marcial Gondar en su obra *Romeiros do Alén. Antropoloxía da morte en Galicia*, por lo que recomendamos su lectura. Todos ellos los podemos aglutinar en cambios que afectan al carácter social y cambios que afectan al aspecto cultu-

ral e ideológico. Veamos con más detalle algunos de estos factores de cambio.

1/ La pérdida de influencia de la Iglesia

Un factor que está afectando a algunos ritos y creencias vinculadas a la muerte en nuestra cultura es la pérdida de influencia social de la Iglesia y de la religión católica. Frente a una visión monolítica de la muerte y del más allá ahora existe una «oferta de salvación» mucho más diversa. Como consecuencia, se están dando cambios en las creencias escatológicas, surgen o llegan nuevas ideas sobre el Más Allá y la muerte, se generalizan cambios en los ritos mortuorios (como la incineración), tenemos nuevas ceremonias de carácter civil junto a las ceremonias católicas y también ceremonias pertenecientes a otros credos, vivimos el surgimiento de cementerios civiles frente a los exclusivamente religiosos y se experimenta una pérdida de peso de la comunidad cristiana. Este último aspecto lleva implícito que, en ocasiones, la familia del fallecido decida qué ritos se llevarán a cabo y cómo sin tener en cuenta la filiación religiosa del muerto y su pertenencia a una comunidad cristiana que también tiene derecho a despedirlo, por mucho que las familias quieran tener un funeral privado. El muerto, desde la perspectiva de la comunidad cristiana, no es un ser aislado, sino un miembro de un colectivo fraternal que sufre la pérdida y que, como la familia, también demanda su derecho a velar y despedir a sus miembros. He ahí otro ejemplo de confrontación entre la visión individual y la colectiva, o entre la privada y la pública, aspecto que veremos a continuación.

2/ La idea de lo privado y la desocialización de la muerte

En la actual sociedad urbana y tecnológico-industrial se da una transformación del concepto de lo privado y de lo público. Cada vez son más frecuentes los entierros o velorios

privados que, paradojas de la vida, se anuncian en prensa o por otras vías. Vemos notas necrológicas donde se explicita que la familia no recibe duelo y los tanatorios aseguran la privacidad de la ceremonia y el aislamiento social. La ocultación de la muerte y del dolor y la primacía del principio de individualidad frente al colectivo lleva a la desocialización de la muerte y de su gestión.

Como decíamos antes, desde la perspectiva de la comunidad cristiana (y también de la rural), el ritual privado es privativo del derecho de participación de la comunidad en la despedida y sepelio del muerto. Desde el punto de vista social, en este tipo de actitudes limitadoras de la participación colectiva en el entierro y velatorio, la familia del muerto puede romper el entramado de los vínculos sociales del fallecido impidiendo que familiares y amigos participen en el rito. El velatorio/entierro era un acto social donde participaba toda la comunidad y donde el fallecido era el protagonista.

La psicología nos advierte de que la ausencia de despedida dificulta la aceptación de la muerte del ser querido y puede ser un factor de alto riesgo para el desarrollo de duelos patológicos. Los rituales colectivos de duelo, como el velatorio, funeral o entierro, ayudan a aceptar e integrar el hecho de la muerte. Al mismo tiempo, dan soporte emocional a través del acompañamiento de los seres queridos, amigos y vecinos y ofrece la posibilidad de mostrar libremente en un entorno emocionalmente seguro las emociones y la pena, pues esta será compartida, aceptada y comprendida.

3/ La desarticulación de la tradicional relación entre vivos y muertos

Explicaba en mi libro *Pola graza de Deus. A relixiosidade popular en Galicia* (Quintía, 2022: 91-92) que, de alguna manera, podemos decir que la idea gallega de familia no se puede acotar ni en el tiempo ni en el espacio y que la creencia moderna de que la muerte es el final o de que el mundo de los vivos y el de los muertos son

planos estancos e inconexos son ideas que no operaban en el campo de la cultura tradicional gallega y de la religiosidad popular, pues en nuestro mundo cultural, eminentemente simbólico, los miembros fallecidos de la familia también conviven con los vivos en una relación que trasciende la dimensión temporal y terrenal. Esta convivencia y relación es una relación simbiótica, de un intercambio mutuo, que podemos observar en múltiples prácticas y creencias relacionadas con el mundo de los difuntos y de las ánimas. Y digo que es simbiótica porque a las ánimas —igual que a los santos— se les piden favores, pero también se ruega por ellas y se pone en marcha toda una enorme articulación de prácticas que buscan, en última instancia, ayudar a estas almas a salir del Purgatorio y a alcanzar la paz eterna. Como decía Xaquín Lorenzo:

O morto segue vivindo a carón do vivo, interviñendo nos seus feitos, aproveitando os seus instrumentos, dándolle consellos e anunciándolle o porvir; ben que, como seres que son xa do outro mundo, a súa actuación en torno ós vivos non sempre seña benéfica. [...] De ahí o respecto e a veneración con que o noso pobo trata todo o que fai referencia ós mortos, non soio polo que o temor poda pór néstas relacións, senon tamén polo que siñifican de continuidade nas relacións que se mantiveron coiles durante a vida terrea. (2004: 126).

Por tanto, a las ánimas se les piden favores, la intermediación para solucionar un conflicto o su intercesión para alcanzar una sanación o solucionar un problema grave. Posiblemente esto se deba a la creencia de que las ánimas benditas, sobre todo aquellas que ya salieron del Purgatorio, tienen una posición privilegiada y un cierto poder para ayudar a los vivos, pues están ya más cerca del cielo y de Dios y eso siempre confiere poder, privilegios y capacidad de intervenir en nuestro mundo. A este respecto, he recogido muchos testimonios que acreditan esa fe en el poder bienhechor de las ánimas o en las «almiñas» de los difuntos, como me decía una informante: «yo a las ánimas les

tengo mucha fe, a los santos no, pero a las ánimas...». Además, la gente también se esforzaba por ayudar a las ánimas que están en el Purgatorio. Se les ofrecen misas, se les hacen ofrendas en los «petos de ánimas» o se les reza en casa, entre otras muchas costumbres. Por ejemplo, los domingos y fiestas de guardar se suele acudir a la misa, encender velas ofrecidas para los difuntos y darles responsos. No faltaba quien quería dejar en el testamento un legado a favor de las ánimas, era el llamado «quinto de las ánimas», que servía para pagar misas y responsos en sufragio del alma del fallecido. Cada año, coincidiendo con el Día de Difuntos, se celebraba un acto litúrgico general por todas las almas de los difuntos de la parroquia que estaban en el Purgatorio. También había, y hay, novenas y en muchos lugares de Galicia se hacía un bollo de pan y se llevaba al atrio de la iglesia para darle a la gente, era el «Pan de las ánimas». Estos bollos eran para darle de comer al salir a los asistentes de la misa y para repartirlos entre los pobres. También se hacía la subasta de los pollos, bollos de pan y demás ofrendas que los feligreses traían para las ánimas de los difuntos. Bollos de pan también se cocían en los entierros para dar de comer a los asistentes y al cura (Quintía, 2017: 59-62).

Las ánimas, además, según las creencias gallegas, pueden venir a visitarnos, ya sea de manera individual, como alma en pena, o de manera colectiva, como en la Compañía o la Estadea. Esta presencia de las ánimas en la vida cotidiana y terrenal puede hacerse en forma humana, en forma de animal, en una piedra o de manera indirecta, a través de ruidos, luces, olores, etc. (Cuba, 2006). En cuanto a la explicación cultural que se le da a por qué vuelven las ánimas, estas pueden hacerlo para pedir sufragios, para ayudar a un ser querido, para reparar un daño hecho en vida o para enmendar una injusticia (Quintía, 2017: 59-62). Por lo tanto, el cuerpo muere, el difunto marcha, pero su alma continúa en contacto con este mundo. Como dice Manuel Mandiánes: «Galicia no convive con los muertos, sino que cree

que los muertos viven» (Antón y Mandianes, 1989: 170).

Todas estas prácticas y creencias configuraban una sofisticada forma de comunicación con los difuntos que pasaban de ser muertos olvidados a actores aún válidos de la trama social. La creencia en su existencia en otro plano de realidad y en la posibilidad de comunicarse con ellos hacía que la tragedia de la muerte de un ser querido o de la propia muerte fuera llevada de mejor manera, pues ese trance no suponía la ruptura definitiva ni total con su comunidad. Esto ya no es así, o ya no es así en la misma medida. La sociedad actual urbana, tecnológica, «racional» vive de espaldas a la muerte, como explicamos. Los muertos se alejan, se ocultan porque nos ponen ante la realidad de nuestra finitud. Ya no interesa comunicarse con ellos. Como dice Gondar: «*Agora, a situación cambia por completo: a morte déixase de vivir como “natural” para ser un “accidente”, algo que sucede porque a ciencia aínda non avanzou” abondo»* (Gondar, 1989: 12).

La creencia en la infinita capacidad del progreso enfrentada a la constatación de que no se puede vencer a la muerte y que no somos inmunes al proceso natural de la vida produce una suerte de disonancia cognitiva que nos hace mirar para otro lado, esconder la cabeza en el agujero y vivir como si la muerte no existiera, mas esta está siempre ahí. La ignorancia del problema no elimina el problema, pero sí puede acabar con mecanismos culturales que demostraron su eficacia a lo largo de los siglos para enfrentarse como individuos y como grupo al gran misterio de la vida: la muerte.

O temor á morte estanos facendo esquece-los mortos, os que se empezou por expulsar do centro do poboado, reducíndoos a cemiterios periféricos; tráñdose agora de botalos do noso recordo porque simbolizan a nosa propia morte, que queremos evi-

tar, pois son o noso pasado e só o porvir nos interesa (Gondar, 1989: 14).

En las últimas décadas se produjo también en nuestra sociedad una desacralización del cementerio que deja de ser «campo santo» para ser concebido a nivel municipal como una instalación donde dar descanso a los cuerpos o cenizas de los fallecidos, más allá de cualquier filiación religiosa. El Decreto 151/2014, de 20 de noviembre, de sanidad mortuoria de Galicia¹ explicita que:

En el presente decreto se supera la anterior distinción entre cementerios parroquiales, confesionales y particulares, entendiendo que el determinante desde el punto de vista jurídico es el uso de la instalación lo que debe prevalecer y ser examinado, más allá de su consideración como confesional o no.

En el momento en que aparecen los entierros y velatorios civiles toda la parafernalia escenografía y ritualística cristiana, propia de la sociedad rural tradicional, desaparece o se ve muy relegada.

4/ El cambio social, urbanización de la sociedad y la burocratización de la muerte

Las nuevas normativas en materia funeraria (higiénicas, sanitarias, burocráticas...), las nuevas formas de gestionar los muertos (limitación de espacio, alejamiento de los cementerios, creación de campos de cenizas), el surgimiento de los establecimientos para velar el difunto, la regulación del traslado del cuerpo son solo algunos cambios recientes que afectan a cómo vivimos la muerte y nos relacionamos con ella.

En la actualidad existe una gran burocratización de la muerte. Los trámites legales que siguen al fallecimiento son largos, complejos y cansados, lo que obliga en muchas ocasiones a contratar los servicios de abogados y gabinetes

¹ https://www.xunta.gal/dog/Publicados/2014/20141211/AnuncioC3K1-031214-0001_es.html

jurídicos. Tal es así, que las propias empresas funerarias y aseguradoras ya ofrecen estos servicios. Al dolor de la pérdida del familiar fallecido y a la gestión del duelo se le une ahora la gestión de la burocracia de la muerte. La muerte ya no solo es un trauma, sino que también es un problema burocrático que necesita de especialistas. Como muestra, citamos algunos de los procedimientos legales que hay que gestionar tras el fallecimiento de un familiar: solicitud del certificado de defunción, actos de última voluntad (declaración de herederos), certificado de contratos de seguros, partición de la herencia, pago del Impuesto de Sucesiones o pago de la plusvalía. Si atendemos a los

plazos, otro factor de estrés añadido, los trámites legales tras una defunción serían:

- En el momento del fallecimiento: obtener el Certificado Médico de Defunción.
- Dentro de las 24 horas siguientes: inscripción de la defunción en el Registro Civil.
- Entre 24 y 48 horas después del fallecimiento: entierro.
- Después de 15 días hábiles tras el fallecimiento: obtener el certificado de últimas



Foto cedida por el autor

voluntades y el certificado de cobertura de seguros del fallecido.

- Antes de 6 meses: pago de impuestos (sucesiones, plusvalía municipal, etc.).
- Comunicación del fallecimiento a la Seguridad Social.

Podríamos decir, utilizando una expresión coloquial, que la muerte es «un marrón» que requiere de profesionales de la burocracia.

LA TRANSFORMACIÓN DE LA RITUALÍSTICA FUNERARIA

La transformación del ritual funerario afecta fundamentalmente a los siguientes elementos:

- El lugar de la muerte
- La gestión del cuerpo muerto
- El lugar del velatorio
- El traslado del cuerpo
- El lugar de «entierro»
- La comunicación de la muerte
- La participación en el rito (el público y el privado)
- El pago del entierro (privado *vs.* mancomunado)

El capítulo V del Decreto 151/2014, de 20 de noviembre, de sanidad mortuoria de Galicia trata sobre los servicios funerarios. En sus artículos, se contiene la regulación de su establecimiento, medios y responsabilidades y las características de los tanatorios, velatorios y crematorios. El capítulo VI, regula el transporte de cadáveres, inhumaciones, exhumaciones, reinhumaciones e incineraciones, y se divide en dos secciones. En la primera sección, se contienen las reglas relativas al transporte de cadáveres o restos cadavéricos, los medios

de transporte y las formalidades que se deben cumplir. La sección segunda del mismo capítulo VI se dedica a la inhumación, exhumación, reinhumación e incineración de cadáveres y restos, así como una referencia a los féretros y elementos de transporte admitidos desde el punto de vista sanitario. Veremos qué consecuencias tienen estos cambios en los ritos tradicionales.

1/ El lugar de la muerte

Hay tres lugares principales donde se puede producir el fallecimiento de las personas: en casa, en la residencia de mayores o en el hospital; y fuera de estos espacios, como puede ser en la calle o en el trabajo, por ejemplo. Si hasta el segundo tercio del siglo XX lo más habitual, en caso de enfermedad, era el fallecimiento en la propia casa, en la actualidad el lugar donde se produce habitualmente la muerte de las personas, en caso de enfermedad o accidente, está cambiando. Con la universalidad de la sanidad y el sistema hospitalario es muy habitual que el fallecimiento se produzca en el hospital donde está siendo atendido el enfermo o accidentado. En caso de accidente fuera de la casa, a diferencia de lo que podía suceder antes, el enfermo no es trasladado a su casa, sino a un centro hospitalario. En consecuencia, cada vez se muere más en el hospital y menos en casa. A esto hay que añadir un nuevo lugar habitual de fallecimiento que cobra cada vez más peso en las personas mayores: la residencia. El aumento de muertes en residencias podría estar relacionado con múltiples factores y cambios de carácter económico y sociodemográfico, pero también ideológico, como la dificultad de la conciliación familiar y laboral con los consiguientes problemas para el cuidado de los mayores en casa; el incremento de la esperanza de vida en mujeres que eleva el número de viudas que, a su vez, tienen mayor probabilidad de finalizar su vida en centros residenciales; la desarticulación de la unidad económica doméstica propia de la sociedad

rural; las dificultades de acceso a la vivienda propia y que esta pueda acoger a varios miembros; la pérdida de la familia extendida o el ya citado cambio de mentalidad hacia el individualismo que afecta al sentido de obligación de cuidado del grupo familiar.

En un reciente y pionero estudio publicado en 2020 en la revista *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* y que lleva por título *Lugar de fallecimiento de las personas con enfermedades susceptibles de cuidados paliativos en las diferentes comunidades autónomas de España*², se estudia con detalle el lugar de la muerte, tanto debida a causas oncológicas como no oncológicas, de personas susceptibles de cuidados paliativos en las diferentes comunidades autónomas. Los datos a este respecto son claros. En el período analizado, del año 2012 al 2015, se produjeron 1.611.767 muertes de este tipo, de las cuales la defunción en hospital fue un 77 % más frecuente que en el domicilio, y en residencia un 53 % menor o, si se quiere, la muerte en residencia fue menos de la mitad que en el domicilio. En datos porcentuales, el 54,6 % de los fallecimientos por causas susceptibles de cuidados paliativos se produjo en el hospital, el 30,4 % en el domicilio y el 14,5 % en residencia. Lo interesante es que, cuando se analizan estas cifras por comunidades autónomas, el porcentaje de fallecimientos en hospital varía entre el 49,8 % de Galicia y el 76,4 % de Canarias, invirtiéndose esta situación en los fallecimientos en domicilio, con un mínimo de 19,3 % en Canarias y un máximo de 40,4 % en Galicia. Esto quiere decir que, aunque el porcentaje de muertes en hospital se está incrementando en Galicia, aún está muy por debajo de lo que sucede en otras zonas de España. En cuanto al porcentaje de fallecimiento en residencias los datos del estudio indican que en Galicia ronda el 10 %. De los resultados de esta investigación, la primera en examinar las variaciones por CCAA en el

lugar de muerte de las personas, se concluye que en la actualidad la probabilidad de fallecer en el hospital es siempre mayor que la de fallecer en el domicilio o en la residencia. Además, se percibe también un descenso de muertes en los domicilios y un aumento de fallecimientos en residencias. Tienen mayor probabilidad de fallecer en un hospital las personas más jóvenes y los residentes en ayuntamientos de mayor tamaño. En cuanto a la probabilidad de fallecer por causas susceptibles de cuidados paliativos en una residencia, en vez de en el domicilio, tienen mayor probabilidad las personas que no están casadas (solteros, viudos o separados) y las mujeres.

A pesar de lo que pueda parecer a priori, el incremento de fallecimientos en el hospital es algo característico de países con una menor integración de la atención paliativa, pues el incremento de muertes en domicilio sería característico de países con sistemas de cuidados paliativos bien desarrollados, y el incremento en el número de decesos que se producen en residencias sería característico de países en estadios avanzados de integración de los cuidados paliativos, como Alemania o Bélgica. Sin embargo, estos países muestran también una merma de las muertes hospitalarias, lo que no ocurre en nuestro país. Por lo que el estudio concluye que, según los últimos rankings y atlas europeos sobre el desarrollo de los cuidados paliativos, no parecen indicar una mayor integración de estos en España.

Vemos, pues, que las transformaciones socioeconómicas y culturales de las últimas décadas afectan directamente al lugar donde se fallece y esto va a condicionar fuertemente las siguientes etapas del proceso social de la muerte: la gestión del cuerpo muerto, el velatorio y el traslado del fallecido. Pero también condiciona la fase previa a la muerte: la despedida. Uno de los ritos que desaparecen con esta transformación del espacio de muerte es el de ir a llevar los sacramentos. Cuando una persona estaba moribunda en la casa había que llevarle los sacramentos para darle la ex-

2 https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272020000100008#:~:text=Por%20CA%2C%20el%20porcentaje%20de,variaron%20entre%204%2C4%25%20en

trema unción y que pudiera morir en paz. El párroco acompañado del sacristán y los feligreses se dirigen, entonces, en comitiva a la casa del enfermo desahuciado para proceder con el rito. Como decía una de mis informantes de Doade, Lalín, la Sra. Elsa López: «*E iba o cura. Íbamos realmente toda a parroquia, eh. Polo menos un de cada casa*» (Quintía, 2021: 157). La despedida del que iba a morir en breve era comunitaria. Hoy en día, por motivos de la propia normativa hospitalaria, esa despedida está muy limitada a unos pocos familiares y, en el caso de los católicos que lo demanden, el cura procede a dar la extrema unción en privado.

2/ La gestión del cuerpo muerto en el trance

La existencia de una nueva legislación mortuoria que modifica la anterior e incrementa los procesos y trámites es uno de los elementos que más clara y directamente está afectando a la praxis ritual funeraria. El Decreto 151/2014, de 20 de noviembre, de sanidad mortuoria de Galicia dedica su capítulo IV a las prácticas sanitarias sobre cadáveres. Se establecen unas normas generales, las técnicas admitidas para la preservación de cadáveres, los requisitos de las técnicas de tanatopraxia, tanatoestética y tanatoplastia, así como las condiciones para la exposición del cadáver en un lugar público distinto de los establecidos en el presente decreto. Es decir, la normativa actual viene a regular y limitar los procedimientos que eran tradicionales en la gestión del cuerpo muerto y en su exposición para el velatorio. Ya no son las familias, mayoritariamente las mujeres, las que gestionan el cuerpo del fallecido para facilitar tanto su tránsito como su acompañamiento final, sino que son profesionales contratados que realizan esa labor. Esto es, se externaliza la gestión del cadáver, del difunto, en personas ajenas a la familia y al grupo social próximo. Esta externalización de la gestión del muerto y de la organización del propio velatorio hace que desaparezcan deter-

minados ritos que se consideraban importantes para facilitar el tránsito del difunto y una buena muerte. Estos son, según Marcial Gondar, que el difunto esté siempre acompañado de gente amiga en la que poder apoyarse y que lo pueda reconfortar en el último momento, que tenga quien le coloque «cosas buenas» para ayudarlo a hacer con bien el camino al más allá, tener quien dialogue con él, llevarle el viático o hacerle recomendación del alma, rezarle o ponerle una vela de la Candeloria o del Jueves Santo en las manos, entre otras (1989: 15-16).

3/ El locus del velatorio

Independientemente del lugar donde se produzca el fallecimiento (casa/residencia u hospital), actualmente pocos son los que siguen velando al muerto en casa, a pesar de que esto sigue siendo legal. El velatorio en el hogar se ve ya como algo del pasado y de «gente de aldeas». Se alegan medidas sanitarias o una mayor comodidad y mejor servicio para decidir despedir al fallecido en el tanatorio. Al mismo tiempo, la creciente demanda de privacidad y tranquilidad en este trance hace que la mayoría de las familias opten por externalizar estos servicios. Se produce así la especialización y profesionalización del tránsito y la deslocalización del rito que abandona el núcleo del hogar familiar para desplazarse a un lugar ajeno y aséptico. En el tanatorio todo está organizado y profesionalizado en manos ajenas a la familia y a la comunidad formada por los vecinos del difunto.

Galicia cuenta con unos 350 tanatorios y crematorios y unas 600 empresas funerarias especializadas que ofrecen diferentes servicios y equipamientos, como pueden ser capilla, salas de oración, salas velatorias, servicios de floristería, exposición de féretros y cafetería, incineración y cremación en hornos crematorios, servicio de tanatopraxia y tanatoestética, atención 24 horas o, incluso, la gestión de trámites de la persona fallecida y los servicios de

asistencia a las familias en el proceso de duelo. El primer tanatorio en España se inauguró en el año 1968 en Barcelona, el tanatorio Sancho de Ávila, y, a partir de ahí, se extendieron rápidamente por todo el territorio español, inicialmente por las ciudades y villas y, más tarde, por zonas rurales. Los primeros tanatorios gallegos fueron los de Vigo, A Coruña, Ferrol y Vilagarcía, construidos en los años 90 del pasado siglo. A partir de ahí, poco a poco fueron llegando a los ayuntamientos gallegos y, a pesar de que al principio en muchas aldeas y parroquias gallegas el tanatorio municipal apenas tenía uso, poco a poco la gente fue dejando de celebrar los velatorios en casa para hacerlo en estas instalaciones acondicionadas para el último adiós.

En los velatorios tradicionales, en cambio, el hogar del fallecido se convertía en un punto de centralidad social temporal, al que acudían familiares, amigos y vecinos. La casa se abría a la comunidad y el difunto era velado todo el día y toda la noche. El velatorio y la muerte se convierte en un hecho social compartido por toda la colectividad que participa del hecho. Como explica Gondar de manera magistral, este mecanismo de agregación social alrededor de la muerte de un vecino tiene también una función terapéutica, no solo de la familia del fallecido sino de toda la comunidad que sufre la pérdida:

Os afectados pola perda están rodeados arreo de parentes, veciños e coñecidos. Eis un grupo que se vai reunindo e anovando ata que o cadáver marcha para o cemiterio -os máis achegados aínda han voltar pola casa para despedírense e, sobre todo antes, celebra-lo banquete-, e que desempeña unha función semellante á dos anticorpos ó se concentraren na zona lesionada do organismo (Gondar, 1989: 69).

El velatorio en la casa del difunto llevaba implícita la autogestión del proceso. Las mujeres, como dadoras de la vida, son también las gestoras privilegiadas del trance. Por lo general ellas eran las que lavaban el cuerpo del difunto, lo vestían y acondicionaban para

ser expuesto y velado. Para eso se vaciaba un cuarto, se dejaba la caja colocada en el centro, o el difunto sobre la cama, se alumbraba con velas y solía colocarse la cruz parroquial y el caldero con el agua bendita. A continuación, transcribo algunos testimonios recogidos en mi trabajo *Patrimonio Inmaterial de Doade* (2021: 158-160). El Sr. José Luis Toimil López describe la preparación del cuarto para velar el difunto: «*Os velorios eran na casa. Daquela non había tanatorios nin había cousas desas. Librábase un cuarto, púñase aí no cuarto, a xente pois viña, rezáballe, dáballe o pésame ós familiares. De noite se cadra tomaban un café*».

Tenemos más datos ofrecidos por la Sra. Mercedes Calviño:

Esto na casa, a caixa aberta eeh. Poñíanlle unha cruz enfrente, poñíanlle unha cruz enfrente, o estandarte que era o, se iba buscar á igrexa, o estandarte o poñían alí tamén ó lado, ó lado da cruz. E logo despois poñían o que era a caixa e poñían despois como, como se chaman esas que se queiman? Como...as mariposas en aceite. E agua bendita, si, e agua bendita si, que iba a rezar, que me facía moita gracia, porque iba a rezar e poñías o cacharro da auga bendita detrás entón despois de rezar botabas a aghua bendita, a xente tamén o facía, si, a xente tamén o facía. Si porque estaba alí para, para a xente.

La Sra. Luísa Fernández habla también de otro tipo de «cosas buenas» con las que se adornaba al difunto para facilitar su trance:

Taba alí nunha habitación. Había unha habitación, poñíase alí na habitación e despois a xente iba alí. Había sillas por alí arredor pa se senta-la xente e estaban alí toda a noite ou non sei o tempo que estaban. Eu teño idea de que (o crucifixo) o traían pá casa porque antes a xente morría nas casas. Eu creo que o tiña na casa pa eso. Pa cando alghén estaba pa morrer pois poñíanlle a cruz alí na cabeceira, ou por alí.

El uso de todos estos objetos (cruces, agua bendita, amuletos, rosarios, escapularios, etc.) denominados popularmente «cosas buenas» y



Foto cedida por el autor

que se ponían junto al muerto para ayudarle en su último viaje es otra de las prácticas que se está viendo alterada o directamente eliminada con la gestión del muerto en los tanatorios.

Una práctica habitual en los velatorios era el banquete funerario. La gente que acudía al velatorio era invitada a cenar y no faltaba tampoco la bebida (café u orujo) para todos los asistentes. La Sra. Mari Carmen Fernández Dobarro, de San Martiño, habla de estos banquetes funerarios:

Si, si, en vez de ser un enterro era unha festa. Pa min hoxe. Uff, acórdome, acórdome pouco pero do que me acordo é do meu bisabuelo e fixeran, non estivo aquí e el era da parroquia do Concello do Irixo, i morrera bueno, imos comer, non sei que, primeiro enterrárono, tal. Despois fixeron cocido, igual ca unha festa así-e, Quedara xente, veciños, facendo a comida. Si, si, eso si, toda a noite (velando), si. E despois alá a xente iba cenar, e volvía, tal, non sei que, pero despois alá por, claro, toda a noite... a xente botaba contos.

La tradición de comer en los velatorios era tan habitual que la Sra. Mercedes Calviño nos dice que hasta había gente que iba a los entierros solo por la comida:

Había xente, me recordo, non aquí xa, eso fáloche xa de Lalín pero bueno, e aquí habería tamén pero eu non macordo, que, despois como che daban algo de, pois o café, ou ó mellor pois tomabas algo e tal, que había xente que se dedicaba a ir a, ós velatorios a quedar e decían que iban pola comida, o sea polo que lle daban, sabes?, eee, e eso si, eu que sei...

Los velatorios y los entierros solían ser muy concurridos, como aún se hace hoy. Es costumbre que de cada casa de la parroquia vaya un representante familiar a presentar sus respetos a la familia del difunto. Que en un entierro haya mucha gente es señal de que el vecino era bien querido o que era una persona importante en la comunidad o con cierto rango. La Sra. Mercedes Calviño habla de cuánta gente había acudido al entierro de su abuelo

y de la necesidad de apuntalar la sala del velatorio para evitar que el piso se viniese abajo como ya había ocurrido en otros velatorios:

O tema este mira, eu macordo, eu na miña casa deso non macordo, que mo contan que eu tiña seis anos cando morreu meu abuelo pero creo que, imáxinate como era daquela pos que o comedor onde o iban a poñer, pois que tiveron que apuntalalo, sabes?, houbo que apuntalalo pa que a xente non se viñera pa baixo porque bueno, era un home bastante conocido e entónces se contaban con moita xente, e tiveron que apuntala-lo, o comedor para abaixo e se iba e botabas alí, os veciños a xente máis cercana botaba alí a noite pos de contos, logo despois se facía café, se sacaba agardente e botábase alí de noite pois de contos toda a noite.

En los velatorios actuales, recludos en un tanatorio a menudo fuera de la aldea o de la parroquia, pasamos de lo social a lo privado, de lo comunitario a lo individual o familiar. Como ejemplo de esta tendencia hacia la privacidad y el aislamiento en el rito funerario transcribo el texto que figura en la web de la funeraria San Marcos³ al hablar de los servicios que ofrece el tanatorio de Marín: «*El Tanatorio de Marín, es un edificio concebido para proporcionar una estancia agradable a los familiares de los fallecidos en momentos tan duros. La ubicación, así como el aislamiento de la edificación permiten preservar en todo momento la intimidad de los familiares.*».

El velatorio del cadáver en el tanatorio viene regido por la ley, no por la costumbre. Según el Artículo 10 del Decreto 151/2014, de 20 de noviembre, de sanidad mortuoria de Galicia, la zona de exposición del cadáver deberá constar, como mínimo, de dos áreas incomunicadas entre sí y separadas por una cristallera impracticable: un área para la exposición del cadáver, que debe contar con refrigeración para asegurar una temperatura entre 4 y 8 grados centígrados y dispondrá de un termó-

3 <https://funerariasanmarcos.es/centro/tanatorio-marin>

metro indicador visible desde lo exterior; y una segunda área para el duelo.

Es muy significativo y esclarecedor de cómo se concibe en la actualidad la muerte que la propia normativa instaure legalmente la separación entre vivos y muertos a través de una barrera física que impide tocar o besar al muerto. Algo que era y es frecuente cuando se vela al difunto en casa. La normativa, a través de la instauración de esta barrera física, impide el último contacto con el muerto, la despedida física, según las necesidades emocionales de cada persona, y la posibilidad de tocar el cadáver, algo muy necesario en ciertos casos de muerte traumática donde la familia necesita este acto de tocar al muerto para constatar que la muerte de su ser querido es real, para dar la última despedida, abrazo o beso y para

ayudar a aceptar lo sucedido. Perdemos, pues, valiosos mecanismos que ayudaban a la gestión del duelo.

4/ El traslado del muerto

Hasta hace unas décadas el traslado del cuerpo desde la casa hasta la iglesia y el cementerio se hacía a pie o en carro. Yo mismo aún he participado en algún traslado a pie hace apenas doce años. El traslado a pie se configura como un rito de acompañamiento del cadáver en su último recorrido de la casa al campo santo donde guardará eterno descanso, según la creencia general. En el recorrido el cura y sacristán abren la comitiva y los vecinos y familiares acompañan al muerto llevando la caja a hombros algunos de los más allegados.



Foto cedida por el autor



Se suceden los responsos y ofrecimientos por el ánima del difunto. La comitiva recorre una geografía de la muerte perfectamente estructurada desde la antigüedad y por todos conocida y respetada, es el camino de los difuntos que lleva al cementerio, con sus *cruceiros*, *pousadoiros* y *petos de ánimas*. Todo el proceso va acompañado de una comunicación sonora a través de los toques de campanas que marcan cada etapa del proceso, haciendo partícipe a toda la comunidad.

La nueva normativa establece que el traslado del cadáver debe ser en coche fúnebre. El artículo 13 del Decreto 151/2014, de 20 de noviembre, de sanidad mortuoria de Galicia cita los medios de transporte permitidos: «*el transporte de cadáveres o restos cadavéricos solo se podrá efectuar en los medios de transporte enumerados en el presente artículo*» y que serán coches fúnebres, furgones de ferrocarril de las características

que señalen los ministerios competentes y aviones o buques de acuerdo con las normas que rijan en los convenios internacionales y que exijan las compañías de navegación aérea o marítima. La consecuencia es que se priva a la comunidad de este acompañamiento pausado y despedida colectiva del último viaje, cosa que, por otra parte, excepto en pequeñas villas o aldeas, es ya casi imposible en los núcleos urbanos actuales donde las necesidades de la vida serían incompatibles con la organización de semejante comitiva mortuoria por las calles y, además, las distancias entre hospital, casa o tanatorio y la iglesia y el cementerio suelen ser largas. Pero la eliminación del traslado a pie también supone la desaparición, desuso u olvido de determinados elementos etnográficos de nuestro patrimonio cultural referentes a la cultura de la muerte y desdibujamiento del «camino de los muertos» como elemento arti-



Foto cedida por el autor

culador de la construcción cultural del paisaje en las zonas rurales.

5/ La gestión de los restos mortales

Hasta finales del siglo pasado solo había una opción en Galicia para gestionar los restos mortales: la inhumación o entierro. El 21 de junio de 1994, la Empresa Mixta de Servicios Mortuorios de Vigo inaugura en el Tanatorio de Pereiró el primer horno crematorio de cadáveres humanos de Galicia. A partir de esa fecha y hasta la actualidad, las personas cuentan con dos alternativas para hacerse cargo de sus restos tras el fallecimiento: la inhumación y la cremación.

La inhumación o entierro tradicional puede llevarse a cabo en fosa, nicho o panteón. La normativa vigente define el cementerio como:

El recinto cerrado adecuado para inhumar restos humanos, que cuenta con la oportuna licencia municipal y demás requisitos reglamentarios. Dentro de sus límites podrán existir instalaciones o establecimientos funerarios descritos en este decreto.

Cenicero: depósito para los restos cadavéricos.

Cenizas: lo que queda de un cadáver, restos humanos o restos cadavéricos tras la incineración.

Columbarios: depósito para urnas con las cenizas procedentes de la incineración.

En cuanto a la localización de los cementerios de nueva construcción, esta viene reglamentada en el Artículo 25. Localización de cementerios de nueva construcción:

1. *El emplazamiento de los cementerios de nueva construcción vendrá determinado en los instrumentos de planeamiento municipales. En caso de que no exista planeamiento, la entidad local recabará el parecer de las consellerías con competencias en ordenación del territorio y patrimonio cultural, respectivamente.*
2. *Alrededor del suelo destinado a la construcción de un nuevo cementerio se establece un perímetro de 50 metros de ancho totalmente libre de todo tipo de construcción, medida a partir del cierre exterior del*

cementerio. A los efectos previstos en este artículo, podrán situarse dentro de ese perímetro los edificios e instalaciones de carácter religioso o destinados a servicios funerarios.

Ya desde el siglo XIX, aludiendo a problemas de salud pública y medidas higiénicas, se marcaron las bases legales para las construcciones de los nuevos cementerios en situaciones periféricas a los núcleos urbanos, cosa que suscitó mucha resistencia en su tiempo, dilatando años estos proyectos (Durán et al., 2006). Una Circular de 28 de junio de 1804 establecía las bases para la construcción de los camposantos, insistiendo en lo ya expuesto en la Real Cédula de 3 de abril de 1787, emitida por Carlos III, relativa al uso y construcción de las necrópolis. Esta Circular indicaba que los cementerios deberían localizarse en: «*parajes bien ventilados y cuyo terreno por su calidad sea el más a propósito para absorber los miasmas pútridos, y facilitar la pronta consumación y disecación de los cadáveres, evitando el más remoto riesgo de filtración o comunicación con las aguas potables del vecindario*» (Durán et al., 2006: 442-446).

Las ordenanzas urbanas actuales son continuistas de esta política y tienden a construir los cementerios en las afueras de las villas, alejando y aislando cada vez más a los muertos de la comunidad de los vivos. Se rompe así la tradicional convivencia que existió en Galicia entre la parroquia de los vivos y la parroquia de los muertos. Relación marcada física y geográficamente por la existencia del cementerio junto a la iglesia, conformando el núcleo de centralidad de la parroquia alrededor del atrio. Un espacio de celebración, de socialización, de juego y de fiesta donde los vivos conviven y comparten espacio con los muertos.

En cuanto a la cremación las cenizas del difunto pueden depositarse en un columbario, llevarse para la casa de la familia o esparcirlas en determinados lugares permitidos legalmente. La normativa sobre la incineración de

cadáveres establece en el artículo 23 del citado decreto que:

La incineración de cadáveres se podrá realizar una vez obtenida la licencia de enterramiento, después de las 24 horas y antes de las 48 horas posteriores al fallecimiento, a excepción de los cadáveres conservados, congelados o embalsamados, que se registrarán por los plazos previstos en el presente decreto.

Las cenizas resultantes de la incineración se colocarán en urnas destinadas al efecto, figurando obligatoriamente en el exterior el nombre del difunto, y serán entregadas a la familia o a su representante legal para su posterior depósito en sepultura, columbario, propiedad privada u otro destino compatible con las normas ambientales y sanitarias vigentes.

La elección de uno u otro método viene marcado por la tradición, las creencias religiosas del difunto y de la familia y por las posibili-

dades económicas y disponibilidad de espacio. En las ciudades, la falta de espacio para cementerios y para albergar en tumbas a todos los fallecidos anualmente, así como el encarecimiento de los nichos hace que se opte a menudo por la cremación. En las zonas rurales esta falta de espacio y encarecimiento no es tan acusada y la inhumación sigue siendo lo más habitual.

En cuanto a la incineración, España es el país de Europa con más hornos crematorios. Según datos del año 2023 suministrados por la Asociación Nacional de Servicios Funerarios en España existen 537 crematorios y 17.682 cementerios (datos del 2021). En Galicia el número de crematorios está en la veintena, lo que supone un 5,58 % del total del estado. El porcentaje de cremaciones entre los fallecidos es del 45,5 % (datos del año 2020) y supone



Foto cedida por el autor

una práctica más común en zonas urbanas que en rurales. De todas formas, esta forma de gestión del cadáver se triplicó en quince años.

El incremento de la cremación, incluso entre los católicos, llevó a que la Iglesia católica dictara, en octubre de 2016, nuevas reglas para la cremación, que se recogen en el documento *Para resucitar con Cristo (Ad resurgendum cum Christo)*. Se establece que la cremación de los difuntos «no es contraria a la doctrina de la Iglesia», pero se disponen rígidas reglas sobre la conservación de las cenizas. El propio Papa Francisco señaló que «no está permitida la conservación de las cenizas en el hogar», excepto en «casos de graves y excepcionales circunstancias», y en ningún caso «pueden ser divididas entre los diferentes núcleos familiares». Se prohíbe que se esparzan en la naturaleza o se guarden en casa. Según el pontífice, los restos incinerados deben «mantenerse en un lugar sagrado». En concreto, «en el cementerio o, si es el caso, en una iglesia o en un área especialmente dedicada a tal fin por la autoridad eclesiástica competente». El texto deja clara la preferencia de la Iglesia católica por la inhumación en sepultura pues tiene la ventaja, según explican, de «que favorece la compasión y el respeto a los cuerpos así como el recuerdo y la oración», pero la cremación es una alternativa religiosamente válida.

A pesar de los cambios acontecidos en la normativa de cementerios, en la forma de gestionar los restos mortales o en el campo de las creencias religiosas, las ceremonias funerarias religiosas, en datos del 2020, fueron el 86,4 %, frente al 13,6 % de ceremonia civil.

6/ Cambios en la comunicación del fallecimiento

Todas estas transformaciones, velatorio del muerto en tanatorios fuera de la comunidad, cementerios alejados del núcleo urbano o el traslado del cadáver de forma anónima en coches, entre otros, afectó casi hasta la desaparición a los tradicionales mecanismos de

comunicación sonora del trance, a saber, los toques de campanas.

Los toques de campana a difuntos (Quintía y Rodríguez, 2017:70-72) son aquellos toques que se dan cuando fallece algún vecino de la parroquia. Dependiendo de las parroquias, tenemos distintos matices en los toques. Había parroquias que indicaban mediante el toque de las campanas no solo el sexo, estado civil o edad aproximada, sino también el barrio del fallecido o la cofradía a la que pertenecía el difunto, por lo que los toques pueden tener distinta forma y cadencia. Podemos distinguir los siguientes toques a difunto:

Toque de Angelito: Un Angelito era un niño que moría antes de recibir la Primera Comunión (a los 7 años aprox.) o incluso cualquier niño menor de unos 12 años. El toque que se daba para anunciar la muerte de un Angelito es distinto del que anunciaba el fallecimiento de una persona de mayor edad. En algunas parroquias se tocaba también con una campana distinta.

Toque de difunto mujer: Cuando la difunta es una mujer el toque de difunto es distinto del que se da cuando fallece un varón. Si el patrón de la parroquia es mujer se dan tres toques por la mujer y dos por el hombre, en ambos casos seguidos de una carrera (repetidos toques de campana todos seguidos). En algunas parroquias el número de toques son cuatro y tres.

Toque de difunto hombre: Tipo de toque que se da cuando el difunto es un hombre. Presenta variaciones de una parroquia a otra según el patrón de la misma sea un hombre o una mujer, es decir, un santo o una santa. Si el patrón de la parroquia es hombre se dan tres toques por el hombre más la carrera y dos toques más la carrera por la mujer. En algunas parroquias el número de toques son cuatro y tres.

El toque de difunto tiene varias fases o etapas. Primero se empieza con unos toques para

anunciar la muerte cuando el difunto aún está en casa. En el traslado hasta la iglesia se siguen tocando las campanas. Cuando el difunto llega al atrio de la iglesia se hace un toque distinto a los anteriores, bien se acelera el toque bien se dan dos campanadas en la campana pequeña y una en la campana grande. También se toca cuando el muerto sale de la iglesia camino del camposanto e incluso antiguamente había un toque especial para el momento justo en que el difunto era introducido en el nicho o en la fosa, era el llamado toque de «tocar la tierra». Los toques que se dan desde que sale el difunto de casa hasta que llega a la iglesia suelen llamarse «acompañamiento». Por tanto, la estructura del toque de difuntos sería la siguiente:

- **1º señal:** anuncio de la defunción, normalmente en este toque ya se indica si es hombre o mujer, niño o niña o niño/a sin bautizar.
- **2º señal:** toque de difunto
- **3º señal:** cuando sale el cura para buscar el difunto.
- **4º señal:** cuando llega el difunto a la iglesia.
- **5º señal:** cuando se sale con el difunto de la iglesia camino del cementerio.
- **6º señal:** cuando se entierra el difunto.
- **Toque de entrada de difunto:** En los funerales de cuerpo presente se suele dar un toque de campana especial para el momento en el que se introduce el ataúd en el recinto de la iglesia, previamente a la celebración del funeral.
- **Toque de cabo de año o funeral aniversario:** Se tocaba para marcar el aniversario de la muerte de un vecino, bien para indicar el funeral de los 6 meses, o el del año. En este toque no se diferenciaba entre hombre y mujer, hace falta recordar que el cura siempre anuncia en la misa del domingo los aniversarios y funerales a cele-

brar durante la semana. Se toca en el propio día del aniversario y, a veces, también en la víspera.

- **Toque a ánimas:** toque, hoy desaparecido, que se ejecutaba todos los días a las 20 h en invierno y a las 21 h en verano y que se hacía como homenaje o recordatorio de las ánimas.

Toda esta riqueza de toques de campanas, este profundo y complejo lenguaje sonoro antaño compartido por la comunidad hoy, a pesar de ser declarado bien de interés cultural de patrimonio inmaterial a nivel de toda España, está en peligro de desaparición debido a la falta de uso, al desconocimiento generalizado de sus significados y la desaparición de los campaneros que los puedan ejecutar.

Las nuevas tecnologías que afectan a los medios de comunicación y las redes sociales hacen también que las esquelas impresas, los recordatorios y las notas necrológicas en prensa cada vez sean más escasas y se opte por comunicar el fallecimiento de manera más selectiva y discreta a los allegados vía telefónica, WhatsApp, con notas en Facebook o incluso en Instagram y otras redes sociales. Las nuevas tecnologías desbancan a las viejas formas de comunicar, más colectivas y propias de sociedades y tiempos donde el fallecimiento de un vecino era un suceso que afectaba a toda la comunidad.

CONCLUSIONES

Concluimos este artículo condensando de manera breve algunas de las ideas más destacables que se pueden extraer de este trabajo en el que pretendemos abordar de manera limitada un fenómeno tan complejo y multifactorial como es el de la transformación de los ritos funera-

rios en la Galicia actual. Sirvan las siguientes notas como conclusiones finales del texto.

- 1/ El cambio ideológico sufrido, sobre todo, en la sociedad rural gallega produce hon- das transformaciones en el ritual funerario. El incremento de la mentalidad individua- lista, el materialismo propio de la socie- dad capitalista, el laicismo de los estados modernos o el surgimiento de nuevas re- ligiones son algunos de estos factores de ca- rácter ideológico.
- 2/ El cambio social provoca nuevas formas de gestionar los muertos y de relacionarnos entre nosotros y con ellos.
- 3/ Se detecta una mayor presencia del Estado en todo lo que tiene que ver con la muerte y una creciente burocratización del pro- ceso. Las normativas legales regulan cada fase del proceso dificultando o prohibien- do parte de los ritos que tradicionalmente eran comunes en los momentos de la muer- te, sobre todo en el ámbito rural.
- 4/ El cambio cultural genera una nueva forma de interactuar con la muerte y de integrarla. Existe un claro proceso de aculturación en la sociedad gallega que está ocasionando la pérdida de sofisticados y valiosos mecanis- mos vernáculos eficaces para gestionar de forma natural el duelo, creando un vacío existencial que ocasiona, con frecuencia, graves trastornos psicológicos por no tener herramientas como individuos y como co- lectividad para gestionar lo irremediable.

BIBLIOGRAFÍA

Antón, F. M. & Mandianes, M. (1989). *O ciclo da vida*. Ir Indo edicións.

Cabañero-Martínez, M.J., Nolasco, A., Mel- chor, I., Fernández-Alcántara, M., & Cabre- ro-García, J. (2020). Lugar de fallecimiento de las personas con enfermedades susceptibles de cuidados paliativos en las diferentes comuni- dades autónomas de España. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 43(1), 69-80. [https://dx. doi.org/10.23938/assn.0856](https://dx.doi.org/10.23938/assn.0856)

Cuba, X. R. (2005). Ánimas, aparecidos e mortos en compañía na tradición galega. *Actas das III Xornadas de literatura de tradición oral. Mitoloxía da morte: agoiros, ánimas e pantasmas*, pp. 81-93

Durán Villa, F.J., Sánchez García, J. A. & Fer- nández Fernández, C. M. (2006). Asilos de la muerte. Higiene, sanidad y arquitectura en los cementerios gallegos del siglo XIX. *SEMATA. Ciencias Sociais e Humanidades*, 17, pp. 435-472.

Gondar, M. (1989). *Romeiros do alén. Antropoloxía da morte en Galicia*. Edicións Xerais de Galicia.

López de Abajo, B. (2006). Convivencia con la muerte. Reflexiones de un médico forense rural. *SEMATA. Ciencias Sociais e Humanidades*, 17, pp. 511-522.

Lorenzo, X. (2004). *De varia etnografía*. La voz de Galicia.

Quintía, R. (2022). *Pola graza de deus. A relixio- sidade popular en Galicia*. Ab Origine Edicións.

Quintía, R. (2021). *Patrimonio Inmaterial de San Pedro de Doade. Ourense: A Formiga Rabicha*.

Quintía, R. (2017). *Universos simbólicos. Olladas ao redor da cultura e da identidade galega*. Pontevedra: Ab Origine Edicións.

Quintía, R. & Rodríguez, R. (2017). *A linguaxe das campás. Etnografía dos sinos*. Pontevedra. A. C. Os Chichisos.



CUENTOS

INFANCIA Y
FANTASÍA: EL PODER
TRANSFORMADOR
DE LOS CUENTOS Y
SU IMPACTO EN EL
DESARROLLO

María Ángeles Goás Amado

*Maestra, Colegio La Salle Santiago de Compostela.
Contadora de cuentos, Asociación de Narración Oral
Gallega (NOGA)*

contosangelesgoas@gmail.com

SUMARIO

GALLEGO

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Goás Amado, M. A. (2024). Infancia y fantasía: El poder transformador de los cuentos y su impacto en el desarrollo. *Anuario de Psicología y Salud*, 17, pp. 50–59. <https://copgalicia.gal/secciones/psicologia-e-saude/publicacions>

RESUMEN

Este artículo habla del valor de los cuentos a lo largo de la historia y de la importancia de crear espacios para la narración en el contexto actual. Recuperar el contar y la tradición oral en las familias es fundamental para el crecimiento y bienestar de la infancia.

PALABRAS CLAVE — Narración oral, cuentos, fantasía, tradición, desarrollo, arte.

ABSTRACT

This article discusses the value of stories throughout history and the importance of creating spaces for storytelling in the current context. Reviving storytelling and oral tradition within families is essential for the growth and well-being of children.

KEY WORDS — Oral storytelling, tales, fantasy, tradition, development, art.

Hace mucho, mucho tiempo, en un lugar de Abadín llamado A Torre, una mujer sentaba a una niña en su regazo y le contaba así:

Un día María de la Rosa y yo fuimos al molino de Goás a moler un ferrado de trigo. Y fue llegar al molino y ver un niño desnudo, pequeñito, muerto de frío... y nosotras lo cogimos y lo llevamos para casa y lo calentamos en el lar... Y cuando le pareció, el niño escapó por la chimenea diciendo: «Tataratí y tataratú las niñas del molino me calentaron el culo!».

Esa niña es la que ahora recuerda y escribe, esa niña guarda en la memoria el inmenso placer que fue para ella escuchar cuentos y, un poco más tarde, empezar a leerlos.

Y soy consciente de que esas narraciones, esos cuentos transmitidos de generación en generación, tienen un impacto significativo en el mundo interior de los niños como tuvieron en mí en su momento.

Siempre me gustó escuchar y tuve mucha curiosidad por las historias que se contaban en mi casa, un lugar donde, en el día a día, pasaba mucha gente a tomar café y a echar un cuento.

Y fue en la escuela, el día que comencé a trabajar como maestra de infantil, cuando presencié por primera vez en vivo y en directo la magia de los cuentos desde el lugar de una contadora. Recuerdo que aquellas pequeñas personas que lloraban por encontrarse por primera vez en un entorno desconocido con una adulta desconocida iban calmando el ansia de llorar a medida que escuchaban los cuentos que yo les contaba.

Fue como si aquellas criaturas se vieran transportadas a un lugar diferente, como si hicieran un ovillo que envolviera todos sus miedos mientras escuchaban, como si les hiciera olvidar que estaban en aquel lugar y los sumergieran en un entorno mágico y seguro. Eso son los cuentos: un lugar amparador para vivir experiencias, para emocionarse, para aprender, para satisfacer muchas curiosidades que surgen en las mentes infantiles... Los cuentos son

un alimento más para nuestros niños y niñas. La oralidad nutre a nivel psíquico y lingüístico desde los primeros minutos de vida, cuando nos acunan, cuando nos cantan, cuando nos cuentan con esa prosodia y musicalidad de la lengua materna.

Pero esto no es de ahora. Desde siempre, los cuentos fueron un medio para comunicar y transmitir saber y valores, y representan un recurso muy efectivo en la enseñanza y en la transmisión de información. El arte de narrar cuentos es el más antiguo y conocido y constituye una de las primeras formas conscientes de creación literaria.

Nuestros ancestros compartían historias que ayudaban a crear vínculos entre ellos, que los mantenían unidos, al mismo tiempo que les servían para explicar los misterios de la humanidad: el origen de la vida, la creación del mundo, la muerte o la salida del sol... Compartían la sabiduría que acompañaba a cada relato y esto suponía un bien para ellos tanto a nivel personal como grupal.

Pero tampoco hay que ir tan lejos para encontrar evidencias de la tradición oral. A nosotros nos queda más próximo el tiempo de nuestros padres y abuelos, pues el contar formaba parte de sus vidas y cumplía una importante función social en las pequeñas comunidades rurales. En las aldeas, la gente se juntaba para hacer los trabajos y durante y después de las tareas se cantaba y se contaba. Muchos lares de nuestra Galicia tuvieron la oportunidad de dar calor en las largas noches de invierno acompañadas por la palabra de tantos contadores para los que contar cuentos era tan natural como respirar. No hay más que escuchar narrar a nuestros mayores para darnos cuenta de que lo hacen de una manera especial y de que tienen bastante repertorio de cuentos, leyendas y cantos almacenados en su memoria.

Yo aún recuerdo alguna cosa que me contaron de pequeña como la *Leyenda de Xan de Candia*, *La urraca y el zorro* o el cuento del *Camilo y el gigante* que podemos encontrarlos hoy en Galicia

Encantada: Mitos, cuentos y leyendas gallegas que, con tanto cariño, recoge y pone a disposición de todas las personas Antonio Reigosa.

Ese legado se fue manteniendo en la memoria colectiva de las comunidades y se fue transmitiendo de generación en generación. Lo que pasa es que esas historias se van dejando de contar a medida que pierden significado en la sociedad y, así, muchas de ellas se fueron perdiendo y otras se fueron adaptando y cambiando según las necesidades y las circunstancias del momento. Aun así, tenemos la suerte de contar con las que pudieron preservarse tanto en la página citada anteriormente como en diferentes catálogos y recopilaciones.

Nos dice Camiño Noia en el umbral de *Cuentos gallegos de tradición oral*:

Galicia, que vivió una situación de retraso socio-cultural durante más tiempo que muchos países europeos, pudo mantener viva la tradición oral hasta, prácticamente, la década de los años setenta. Mas, a partir de esas fechas, la emigración de familias enteras a las ciudades de Galicia y al resto de Europa cambió completamente las formas de vida de la sociedad rural y, como consecuencia, detuvo la cadena de transmisión de la literatura oral. Hace más de treinta años, pues, que los chavales gallegos no reciben los cuentos tradicionales de la boca de sus padres y abuelos y, en muy poco tiempo, las generaciones próximas desconocerán el importante legado



Foto: Gabrielle Meschini

que supuso esa forma de cultura espontánea y natural del pueblo gallego. Pero esos cuentos, como las cantigas y los dichos populares, son un patrimonio que forma parte de la lengua y de la vida de nuestros ancestros e, igual que los monumentos arquitectónicos, deben ser conservados.

Estas palabras datan del 2002. Si de aquel entonces hacía ya treinta años que la *chavalada* no recibía los cuentos tradicionales de la boca de los padres, hoy podemos decir que hace más de cincuenta y que la tradición oral fue desapareciendo bastante en nuestro entorno. Ahora el mundo va a toda prisa y tendemos a comunicarnos de una manera más superficial y parándonos poco en lo que nos rodea. Muchas familias se sienten ahogadas por las exigencias laborales, los compromisos sociales y las actividades de los hijos e hijas y queda poco tiempo para la interacción familiar en

profundidad. Fuimos perdiendo espacio de conversaciones para dar lugar al uso del televisor y de otro tipo de pantallas, y todos sabemos que, en los hogares actuales, hay un lugar privilegiado para internet. Todo esto va consumiendo ese tiempo que antes se dedicaba a las conversaciones o a los cuentos, ese tiempo que contribuía a estrechar los lazos en la familia y creaba un ambiente seguro y libre para expresarse.

Por otro lado, estamos viendo que la niñez tiende a tener cada vez más actividades extraescolares, con lo que el tiempo no escasea solo para los mayores, sino también para los pequeños. A veces pareciera que comienzan a vivir estresados desde bien pequeños porque tienen que aprender inglés, chino, danza, ajedrez... y tantas otras disciplinas que las familias consideren imprescindibles para su



Foto: Tima Miroshnichenko

formación y para ser los mejores. El trabajo y los compromisos extracurriculares tienden a dejar poco espacio para la interacción familiar profunda y esta falta de comunicación puede ser significativa en el desarrollo emocional y social de la infancia, provocando dificultades en la comunicación y en el manejo de las emociones, tanto en los niños como en los adultos.

No sé si será por eso que empieza a parecer que los niños no saben escuchar y, cuando llegan a la escuela, los maestros nos quejamos de que cada vez prestan menos atención. Yo estoy convencida de que este problema se debe, sobre todo, a que esta forma de vida que llevamos ahora, acelerada y de sobrecargas, no es la más acomodada para educar y ayudar al desarrollo infantil.

En este remolino de la vida que parece que nos come, de vez en cuando, podemos y debemos hacer pausas. Cuando paramos a contar un cuento a nuestros niños y niñas, estamos creando una conexión auténtica con ellos, les dedicamos plena atención. Esta comunicación tiende a ser emocional y ahí, además de estar recibiendo nuestra atención, nuestro afecto y nuestro tiempo, estamos alimentando su autoestima porque les hacemos sentir que los queremos y que son importantes para nosotros.

Con las narraciones podemos contrarrestar un poco la Era Digital en la que vivimos, fruto de la rápida evolución tecnológica y donde se nos incita a modificar constantemente nuestra forma de vivir y de relacionarnos. Vivimos en un mundo interconectado que nos aporta herramientas que facilitan la conexión y el intercambio de información, pero, por otra parte, aunque suene contradictorio, aleja a los miembros de la familia entre sí y los llevan a perder las conexiones interpersonales naturales y también ciertas tradiciones de nuestra infancia, como el hecho de compartir historias o dedicar tiempo simplemente a hablar. A veces, semeja que estas actividades quedan guarda-

das para la escuela, la televisión o la narración profesional.

Hay quien dice que lo más valioso que tenemos las personas hoy en día es el tiempo. Y cuando en la familia se comparten momentos, cuando se regala tiempo, cuando se cuentan historias, estamos enviando un mensaje muy importante a nuestros hijos y ese mensaje es, simplemente, que nos importan. Narrar es darles momentos, mirarlos a los ojos y dejar que vean más allá de las palabras, narrar es dejar por un momento ese mundo acelerado en el que estamos sumergidos y hacer que nuestros pequeños sientan la felicidad de saber que son importantes para nosotros.

También estamos viendo que hay una tendencia a usar los cuentos como si fueran medicamentos, pequeñas píldoras que resuelven problemas específicos; las familias buscan soluciones para la superación de los celos, para dejar el pañal, para explicar la muerte... y, en efecto, debemos reconocer el valor de los cuentos como herramientas terapéuticas. Hay dificultades y problemáticas que se pueden trabajar con ayuda de las narraciones como, por ejemplo, los miedos, ansiedades, problemas de conducta, rivalidades, pérdidas, cambios familiares... Esto no es nada nuevo, porque la utilización de los cuentos con fines terapéuticos es tan antigua como la propia humanidad.

Lo que es relativamente nuevo es buscar escribir o contar cuentos «seguros» que evitan los problemas o que los tratan con demasiada ligereza, cuentos donde se trata de proteger a los niños, a toda costa, de la realidad, donde no hay malos, donde los lobos son buenos y no tienen hambre de comer Caperucitas. Y, cuando se crea un cuento con la intención de llevar a un niño a un terreno determinado, el resultado, normalmente, es insulso y, seguramente, no tengamos tanto éxito ni la historia llame tanto la atención. Por eso, Bruno Bettelheim habla de este modo:

Muchos padres están convencidos de que los niños deberían presenciar tan sólo la realidad consciente o

las imágenes agradables y que colman sus deseos, es decir, deberían conocer únicamente el lado bueno de las cosas. Pero este mundo de una sola cara nutre la mente de modo unilateral, pues la vida real no siempre es agradable [...].

Las historias modernas que se escriben para los niños evitan, generalmente, estos problemas existenciales, aunque sean cruciales para todos nosotros. El niño necesita más que nadie que le den propuestas, de forma simbólica, acerca de cómo debe tratar con tales historias y avanzar sin peligro hacia la madurez. Las historias «seguras» no mencionan ni la muerte ni el envejecimiento, límites de nuestra existencia, ni el deseo de la vida eterna. Mientras que, por el contrario, los cuentos de hadas enfrentan debidamente al niño con los conflictos humanos básicos.

Los cuentos tradicionales nos ayudan a trabajar de forma inconsciente porque contienen símbolos y arquetipos que representan emociones, conflictos y deseos humanos. Al identificarse con estos símbolos, las personas pueden procesar disputas internas sin tener que confrontarlas directamente, también nos permiten reflexionar, conectar con nuestros pensamientos y sentimientos de manera más profunda para ayudarnos a curar heridas emocionales y facilitar el acceso a la sabiduría interna promoviendo, así, el crecimiento personal.

A pesar de todo esto, lo que nunca debemos olvidar es que hay un motivo suficientemente importante para contar cuentos a los niños y es que les encanta. Como maestra y contadora, puedo dar fe de esto. Así que en la búsqueda de las historias debemos tener siempre en cuenta el placer que producen. Día tras día observo que hasta los niños más inquietos sucumben ante la magia de la narración de cuentos. Aun así, no pensemos que todos los cuentos son iguales, la infancia es exigente a la hora de escuchar y precisa de calidad literaria y buenos materiales.

También me atrevo a decir que, por la curiosidad innata que tenemos, a estas personas pequeñas también les gusta escuchar anéc-

dotas personales. Ya sabemos que los cuentos vienen y van, los cuentos se van hilando unos con otros y llevan a la conversación y a seguir compartiendo a otros niveles. A mí me gusta mucho iniciar conversaciones en el aula partiendo de algo que me pasó y, desde ahí, dar pie a seguir conversando y contado porque un cuento llama a otro y así es cómo se van en- ganchando, unos con otros.

Recientemente estaba en el aula con mi alumnado de 4 años y se fue la luz. Las niñas y niños empezaron a reír y a chillar por la situación y yo me uní a la fiesta. En nada recordé algo que me pasó de pequeña y les conté:

Un día, cuando yo era pequeña, estaba cenando en la casa de mis abuelos y se fue la luz. Como era de noche quedamos completamente a oscuras y, en aquella oscuridad, pensando que nadie me iba a ver, aproveché para estirar el brazo hasta el azucarero que estaba encima de la mesa, cogí la cuchara que había dentro cargada de azúcar y la metí en la boca... ¡Y justo cuando la metí en la boca volvió la luz!

Escucharon con suma atención los segundos que duró la narración y, después, empezaron a seguir el hilo:

- *Un día, en mi casa, se estropeó la luz y mi papá llamó a un señor que arregla la luz y la arregló.*
- *Cuando era pequeño se fue la luz y estaba en mi casa durmiendo y después me escondí debajo de la cama.*
- *Un día, cuando Oliver durmió en mi casa, la luz se estropeó, pero cogimos la linterna y la luz volvió súper rápido.*
- *Un día, en mi aldea, cuando se apagó la luz, teníamos una linterna y no funcionaba porque no tenía pilas y le pusimos pilas y ya funcionó.*
- *Un día, estaba en la sala viendo los dibujos y todas las luces estaban apagadas y fui para la cocina y se apagó la luz, fui para la cama y se apagó la luz y después se hizo de día y siguieron todas las luces apagadas.*



Foto: Archee Lal

Es muy hermoso contar y dejar que te cuenten, una manera de compartir que crea lazos y genera un ambiente de confianza en el aula. Quien comparte de este modo siente que despierta interés por lo que quiere contar y descubre el valor de que los otros también cuenten.

Como dice Sara C. Bryant: *«los cuentos son, ante todo, pequeñas obras maestras. Son fuentes de distracción que inspiran y motivan tanto al oyente como al narrador»*. Por lo tanto, el objetivo principal de contar un cuento es que los niños se maravillen y todo lo demás vendrá añadido.

Los cuentos de hadas, las fábulas y los mitos, cautivaron nuestras infancias y las infancias de nuestros ancestros porque fueron capaces de transportarnos a tierras recónditas donde vivían héroes y criaturas fantásticas. Estas historias no solo entretienen, también son útiles para trabajar a distintos niveles, por eso no podemos olvidar el montón de beneficios subyacentes a ellas.

Los cuentos son reflejo de las vivencias humanas. Cuando un niño se sumerge en el mundo fantástico, puede escapar del lugar donde está y experimentar emociones que le ayudan a procesar sus propias vivencias y sentimientos. Los diferentes personajes que aparecen en los cuentos, princesas, magos, dragones... son vehículos de exploración de conceptos como la amistad, la valentía o la superación de obstáculos.

Identificarse con los protagonistas no supone ningún esfuerzo y, así, viven sus propias experiencias a través de esas historias que, además, en la mayoría de los casos llegan a un final feliz y esto siempre va a dejar una sensación de bienestar.

La infancia es un período en el que la imaginación y la fantasía juegan un papel de gran interés para el desarrollo. Los cuentos y las historias son potentes herramientas que permiten a nuestros pequeños abrirse a descubrir

y explorar nuevos mundos con diferentes realidades y perspectivas y, así, expandir su creatividad y también aprender lecciones sobre la vida.

Los cuentos son puertas abiertas hacia la aventura, permiten que acompañemos al héroe que sale de su aldea, donde se siente seguro, para vivir una aventura y para hacer un viaje que nunca sabe cómo va a acabar. Nos ponemos en camino con él y vamos recreando la historia en nuestra mente, una historia única, diferente de la historia que crea cualquier otra persona que la escuche a nuestro lado. Y, de este modo, los niños y niñas van desarrollando la imaginación y la creatividad, porque cualquier oyente es coautor de la historia, imaginando personajes y creando los contextos pertinentes en su mente.

Las historias proporcionan también un gusto por lo dramático y, a través del juego dramático, aparece la expresión de emociones, senti-

mientos y necesidades. A veces hay cosas que no se atreven a decir y, gracias a poder meterse dentro del personaje de un cuento, tendrán la posibilidad de expresarlo.

Desde el punto de vista de la psicología del desarrollo, la narración oral también fomenta habilidades cognitivas como pueden ser la memoria o la atención y favorecen los procesos de construcción del pensamiento y del lenguaje, sentando las bases para la adquisición de la lectura, mejorando y ampliando el vocabulario, proporcionando confianza en los propios recursos y despertando la curiosidad por aprender cosas nuevas.

Además de ser entretenidos, los cuentos también son una herramienta en el desarrollo emocional de los niños, es por esto que desde la psicología se reconoce la importancia de la fantasía y la narración de cuentos en la infancia: en la construcción de la identidad, en la creatividad y la resiliencia emocional de los



Foto: Laura Fuhrman

niños. La narración oral siempre brinda un espacio seguro para conocerla, identificar e integrar las emociones y procesar situaciones complejas.

Asimismo, sirven para desarrollar el sentido del humor, son vehículos para trabajar valores y aumentan la capacidad para interactuar con el entorno social. Ofrecen la posibilidad a los niños de identificarse con los héroes y, así, enfrentar desafíos y resolver conflictos de una manera simbólica. Esta experiencia, les ayuda a fortalecer su autoconfianza, a desarrollar habilidades sociales y a comprender mejor el mundo que nos rodea.

En conclusión, los cuentos atraparon desde siempre al ser humano y fueron un muy buen recurso de transmisión de conocimientos y valores. Al abordar la comunicación familiar y la narración de cuentos en el contexto actual, es preciso reconocer los retos que proyecta nuestro mundo tan marcado por la tecnología y en el que la tradición oral se va perdiendo. Sería interesante promover espacios y oportunidades para reconectar con las conversaciones y los cuentos en las familias.

La combinación de infancia, fantasía, cuentos y narración oral es una poderosa herramienta para enriquecer la vida de los niños, promoviendo su desarrollo integral a nivel cognitivo, emocional y social. Al fomentar la narración de cuentos y el mundo de la fantasía en la infancia, se construye una cimentación sólida para el crecimiento y el bienestar de los niños en su camino hacia la adultez.

Así que quedemos con los cuentos, con su sonoridad, con sus ritmos y dejemos que nos ayuden a encontrar el sentido de la vida, a entendernos y a entender a los otros, a establecer relaciones significativas. Contemos en el peldaño tras la cocina, al calor del lar, en el salón, en el parque, en la cama... y perpetuemos las historias generación tras generación.

Siempre hay motivos para contar y contar debería ser una actividad del día a día. Podemos

hacerlo usando libros, contar cuentos que nos contaron o inventados, contar anécdotas propias o de otros... Todas las personas sabemos contar. La mejor manera de hacerlo es de forma natural, siendo uno mismo, porque lo que más importa es la comunicación que, desde el afecto, tengamos con nuestros niños.

BIBLIOGRAFÍA

Bryant, S. C. (1993). *El arte de contar cuentos*. Universidad de Granada.

Shedlock, M. L. (2001). *El arte de contar cuentos*. Editorial Sirio.

Noia Campos, M. C. (2002). *Cuentos gallegos de tradición oral*. Nigratea.

Noia Campos, M. C. (2010). *Catálogo tipológico do conto galego de tradición oral: clasificación, antoloxía e bibliografía*.

Reigosa, A. (2014). *Galicia Encantada: O país das mil e unha fantasías*. Editorial Xerais.

Bettelheim, B. (2020). *Psicoanálisis de los Cuentos de Hadas*. Booket Paidós.

CURANDEROS

HERRAMIENTAS

PSICÓLOGOS
Y OTROS
CURANDEROS

Jorge García Fernández
Psicólogo Clínico

sala5jgarcia@gmail.com

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

García Fernández, J. (2024). Psicólogos y otros curanderos. *Anuario de Psicología y Salud*, 17, pp. 60–73. <https://copgalicia.gal/secciones/psicologia-e-saude/publicacions>

SUMARIO

GALLEGO

RESUMEN

Podríamos establecer como comienzo de una intervención clínica el momento en el que una persona con malestar realiza la elección de su agente de curación. Los diferentes profesionales y lugares de sanación son realidades universales que no están exentas de constante transformación. Con el tiempo, la legitimación de los expertos en reparar la salud se ha desplazado, al igual que otras muchas profesiones, desde la comunidad y los gremios a instituciones formativas oficiales validadas por el Estado. No obstante, el avance (o invasión) de estas formas de conocimiento y curación de origen académico ha sido lento y desigual sobre diferentes espacios geográficos y estratos sociales y, por ello, han coexistido con diferentes tipos de curadores bien legitimados por la propia cultura y con especialidades concretas y técnicas muy diversas. Con el terreno conquistado y el enemigo derrotado, surge la oportunidad de recuperar sus armas y emplear procedimientos psicosanadores vinculados al medio cultural.

PALABRAS CLAVE — búsqueda de atención sanitaria, curanderos, medicina tradicional, técnicas narrativas, psicología postmodernista.

ABSTRACT

We could establish as the beginning of a clinical intervention the moment when a person experiencing discomfort chooses their healing agent. The different professionals and healing places are universal realities in constant transformation. Over time, the legitimization of health repair experts has moved, like many other professions, from the community and guilds to official training institutions validated by the State. However, the advance (or invasion) of these forms of knowledge and healing of academic origin has been slow and uneven over different geographical areas and social strata and therefore they have coexisted with different types of curators well legitimized by their own culture and with different specialties and very diverse techniques. With the terrain conquered and the enemy defeated, the opportunity arises to recover their weapons and use psycho-healing procedures linked to the cultural environment.

KEY WORDS — seeking health care, healers, traditional medicine, narrative techniques, postmodern psychology.

Sin apenas tiempo de acomodarme en la silla, aquella mujer con aspecto atormentado me ahorró las presentaciones con una tajante declaración de principios: «*Ya le adelanto que yo no creo en los psicólogos*». Las paredes de la Sala 5 habían escuchado numerosas veces argumentos similares y no me incomodó recibir aquella honesta advertencia expresada con impecable amabilidad.

- «*Pues debería usted dejar sitio a otros pacientes con mejor disposición.*»
- «*Pues debería usted saber que las expectativas en un tratamiento son fundamentales para mejorar.*»
- «*Pues debería usted ser más respetuosa con mi profesión.*»

Cualquiera de estas o similares respuestas podrían formar parte del repertorio de muchos profesionales de la salud evitativos hacia el manejo de conversaciones sobre circunstancias personales de diferente índole. En mi caso, siendo más proclive al diálogo y estimulado por los bajos niveles de *burnout* de un lunes a primera hora, consideré, al igual que ocurre en las eliminatorias de la *Champions*, que este *match*, aunque comenzaba con un gol de desventaja, era un partido abierto con el plus de jugarlo en casa.

A estas alturas, uno debería de contar con la discrepancia entre creencias y comportamientos y saber que, de buenas a primeras, no es la coherencia lo que predice lo que uno va a hacer ante determinadas circunstancias. Lo mismo un joven con diagnóstico de esquizofrenia, fuertemente convencido de sus poderes extrasensoriales, desayuna con neurolepticos; como una catedrática de Métodos de Psicología Experimental madruga un domingo para ir a comulgar. Podríamos afirmar que nuestras diferentes creencias, constructos, valores, esquemas, relatos o narrativas se entremezclan y solapan dando lugar a respuestas diferentes en ámbitos distintos o ante necesidades concretas que sobrepasan con creces nuestra capacidad de poder justificarnos ante nosotros

mismos y, aun así, condicionan nuestra toma de decisiones. Disponemos de un conjunto de patrones de acción, fruto de las experiencias directas y vicarias, difícilmente aplicables en un mundo cambiante. Para saber cómo actuar ante situaciones que, aunque muchas veces comparten algunas características, no son exactamente las mismas, hemos desarrollado la capacidad de valernos de las experiencias acumuladas de muchos otros con fórmulas de supervivencia transmitidas a lo largo de unos cuantos milenios y que —disculpen mi reduccionismo— sí le llamo «la cultura». Las técnicas de labranza, las artes de pesca, las recetas de cocina y, por supuesto, las fórmulas de comunicación, convivencia y organización social de roles se han ido transformando en función de las nuevas necesidades y desarrollos técnicos que han ido surgiendo: la rueda, el acero, los fertilizantes, los antibióticos, los chips, los medicamentos y fórmulas de curación... En este proceso dinámico, resulta entendible que las diversas maneras de hacer las cosas (incluso contradictorias) coexistan a lo largo del tiempo. Tendríamos así en nuestro catálogo: los varios modos de antes, los distintos modos de hoy y las vanguardias; o, lo que es lo mismo: lo que funcionó siempre, lo que parece que funciona ahora y lo que podría funcionar (o no) en el futuro.

Dentro de estos repertorios de actuación viene al caso hablar de la cuestión de la búsqueda de atención a la salud. Dar respuesta a quién, cuándo y dónde un individuo emprende acciones de búsqueda de atención profesional hacia su salud es una cuestión ampliamente estudiada que suele abordarse desde la teoría, con el paradójico término de la acción razonada, que considera este comportamiento fruto de un proceso en el que la combinación de las más o menos incoherentes creencias individuales, con la influencia social disponible, determinarían la generación de las intenciones que se transformarían o no en conductas en caso de que su propia fuerza sea superior a las barreras que deban de sobrepasar para mani-

festarse. La búsqueda se dispara cuando esa posible enfermedad o malestar se intensifica debido a condicionantes psicosociales (compartidos) como la visibilidad, percepción de gravedad e interferencia de los síntomas con los roles de un individuo. Por lo tanto, la cuestión de quiénes están a nuestro lado en el momento de enfermar, influirá en la elección de la ruta a iniciar para recuperar la salud. Tendríamos así que la definición de problema de salud y lo que hay que hacer para recuperarla difiere entre las culturas y, dentro de cada una de ellas, entre los grupos sociales, las familias, los individuos y hasta me atrevería a decir que «según los días», entendido esto como la distorsión de dicho problema en las actividades programadas para hoy.

Rafaela, que así se llamaba según la ficha de su historia clínica, había venido a la Sala 5 sin querer venir, al parecer empujada por una fuerza ajena a sí misma lo bastante fuerte como para recorrer en peregrinación los ocho kilómetros que la separaban de su domicilio, rematados por una pendiente del 9% especialmente diseñada para disuadir a los pacientes corpulentos de acudir al Santuario Centro de Salud. Por si el poder de la influencia social no fuese suficiente, tenemos otro argumento para desatender la declaración verbal de Rafaela que se encuentra en otro manual de la misma estantería y nos insiste en el mayor valor informativo de la conducta no verbal como la postura corporal y la expresión gestual. El gesto de haber tomado un autobús a las 7:50h, sumado a su melódica prosodia al afirmar «*no creo en los psicólogos*» me sonó a «*he querido venir, pero me cuesta reconocerlo*». En otro manual de la estantería de arriba se postula que esa ambigüedad encajaría con un estado motivacional situado entre la fase contemplativa a la de acción. La suma de su propia voluntad, un fuerte empujón de su entorno familiar, la recomendación de su médico de familia y una situación de incapacidad laboral formaban, en su conjunto, una fuerza suficientemente poderosa como para transportarla hasta la consulta.

Kelly, Fishbein, Bateson, Festinger, Skinner, Prochaska... todos ellos juntos pueden conseguir cualquier cosa que se propongan.

La sociología y antropología, con visiones desde más afuera y más arriba, afirman que la condición de estar enfermo y realizar acciones para recuperar la salud es universal, aunque los modos de enfermar y sanar son muy dispares en las diferentes culturas. Talcott Parson, en los años 50, definidor del rol de enfermo, expuso que, con independencia del medio cultural, un individuo disfuncional precisa legitimación de un experto para enfermar y aliviarle de sus obligaciones sociales (las esperadas por su rol) y que, en contrapartida, el enfermo debe de realizar acciones pertinentes (descritas en la cultura) para la recuperación de su salud. La propia cultura inviste a la figura curadora (y diagnosticadora) que, como es natural, evoluciona por avances técnicos, contagios culturales y movimientos en las relaciones de poder.

Desde Egipto y principalmente en la Edad Media se ha documentado cómo los albañiles, ceramistas, vidrieros, prestamistas y artistas varios intentaban delimitar sus parcelas estipulando, además, las condiciones y objetivos formativos valiéndose de organizaciones gremiales. Más adelante, estas funciones pasarían a manos de instituciones académicas vinculadas al Estado o mantendrían un sistema de negociación mixto entre los Gremios (o Colegios Profesionales) y Estado (o el mundo académico). Las enfermedades de alma y cuerpo, dependiendo del momento histórico, han estado a cargo de diferentes profesiones, investidas, en ocasiones, por instituciones académicas, pero, desde luego, desde mucho antes esos agentes curadores con formación no formal estuvieron legitimados por la propia comunidad.

Con una pasada rápida a la historia de las enfermedades mentales vemos que nuestros desajustes han recibido diferentes explicaciones y nomenclaturas. Desde los humores de Hipócrates, los endemoniados definidos por la

Iglesia, los alienados de la Salpetriere, la histeria de Freud... llegamos a la psicopatología y psicologías de las últimas décadas, que nos resultan más familiares. Estos desarrollos más recientes han contado con la ventaja de solidificarse en la imprenta y emanar de fuentes con elevada influencia social disponiendo de canales de comunicación cada vez más potentes para su difusión. La competencia por el papel de sanador oficial (que nos resulta muy familiar en nuestros días) habría estado siempre presente. Los diferentes tipos de sanadores (*menciñeiros, compoñedores, sabias, ensalmadores...*) con características específicas, aunque con funciones muy solapadas (al igual que las especialidades sanitarias actuales), fueron progresivamente desplazados por la medicina oficial (creada como titulación académica en el siglo XVII) y, en algunos momentos, por competidores del ámbito religioso. Ambos contrincantes desde sus dispares puntos de vista acuñaron estas prácticas tradicionales con el término de superstición. No obstante, en lugares fuera de cobertura, nuestros curanderos, legitimados fuertemente en su medio cultural con una historia no escrita y desde muy antiguo, han transportado en el tiempo sus fórmulas diversas de entender y sanar las enfermedades. En la actualidad, coexisten las prácticas oficiales con las alternativas, especialmente de origen oriental que, tras la derrota cultural de las autóctonas, se complementan o se disputan los amplios espacios de ineficacia. La sanidad oficial mantiene una posición de aparente condescendencia a la par que, desde la OMS, se plantean directrices en relación a estas prácticas tradicionales basadas en potenciar sus evidencias, patentar y comercializar productos y regular la formación, lo cual viene siendo lo mismo que transformarla en oficial (o que enviar al Conservatorio a Paco de Lucía).

En Galicia, diferentes investigadores, especialmente del ámbito de la Psiquiatría, han descrito y explicado estas prácticas tradicionales que abarcan el tratamiento de los ma-

les anímicos (del alma). Para el antropólogo Marcial Gondar:

O curador tradicional está aberto á totalidade. Escoita, xunto cos males, historias nas que, ás veces, aparece implicada media aldea, catástrofes, malesortes, desexos, temores..., e a todo isto sabe darlle unha explicación global que satisfai, sen dúbida mellor que a medicina oficial, as múltiples demandas que están debaixo da enfermidade.

Estas y muchas otras aportaciones se encuentran recogidas en varios artículos de Pablo Vaamonde, reseñados en la bibliografía. Álvaro Cunqueiro, en *Escola de Menciñeiros*, describe numerosos personajes y algunos de los procedimientos empleados en estas labores.

Ante la ausencia de métodos de investigación y análisis estadísticos sofisticados, las prácticas curativas tradicionales habrán ido evolucionando mediante «lo que funciona, lo repites; y lo que no, lo cambias»; la cual es una práctica de investigación portada por el ADN de los *homo sapiens* más aventajados y que priorizan la observación del tamaño del efecto a una p por debajo de 0,05. Lambert, nuestro referente en el estudio de los factores comunes de la psicoterapia, encajaría bien en estas prácticas sanadoras sus tres primeras condiciones: las expectativas sobre el poder del curador, la calidad de la relación terapéutica y la participación del paciente en el cambio. La cuarta, la congruencia con el medio social, se enfrentaría a la falta de comprensión racional de algunos procedimientos tradicionales con significados simbólicos y alusiones a la naturaleza y religiosidad, propios del lenguaje de una cultura parcialmente transformada.

La medicina oficial, que asumimos como científica o «evidente», enmarcada en una corriente de pensamiento positivista es acusada por su carácter excesivamente globalizador desvinculado de las raíces culturales y condicionantes individuales. De la consecuente falta de conexión entre curador y curado entienden mucho los profesionales que trabajan en servi-

cios de urgencias permanentemente soliviantados ante las «demandas injustificadas» y la inmensa discrepancia entre la gravedad de los síntomas y los tiempos de demora o sentimiento de premura de sus pacientes. La falta de consenso en las percepciones del motivo y la severidad obedece a (siguiendo a Habermas) la construcción de diferentes verdades a veces incompatibles. Recuerdo la mirada inquisidora de un médico de urgencias un domingo de madrugada examinando mi uña encarnada, sospechosamente infectada, justo antes de iniciar un viaje al extranjero. La teoría que asume que no todos somos incoherentes de la misma manera afirma que los que tenemos coherencias parecidas tendemos a empatizar. Si aquel doctor se hubiese interesado por mis preocupaciones en lugar de refunfuñar, se habría ahorrado un poco de bilis compartiendo mis constructos y los de mis acompañantes temerosos de que se chafase una costosa excur-

sión. Está bien claro que mi uña, posiblemente infectada, no es el mismo problema en Marín que en Katmandú. O lo que es lo mismo, en el siglo XIX que en el XXI. Perrón de Braña, el curandero descrito por Cunqueiro que se recostaba en la cama de los pacientes, me hubiese entendido y mitigado mi angustia metiéndome en la mochila, a falta de antibióticos, alguna pócima desinfectante con algunos consejos higiénicos para llevarme en el viaje y, por qué no, alguna prescripción mágica adyuvante con la que mitigar la angustia. Desvincular los tratamientos de las afecciones de las circunstancias es una estrategia moderna. Estoy seguro que ninguna guía clínica incluye la posibilidad de tratar el enrojecimiento de una uña con antibióticos «en el caso de viajar a un lugar inhóspito sin cobertura sanitaria». De la misma manera, en la cruzada contra la abstracción selectiva y la sobregeneralización, tan eficaces en la cura de la tristeza, resulta



Foto: Gabby K

irrelevante si el material irracional proviene de una mala cosecha derivada de un *mal de ollo*, una inspección de Hacienda o de unos suegros invasivos. Poco se conoce sobre las circunstancias asociadas a los tratamientos denominados «eficaces», aunque es posible que las circunstancias sociales cambiantes hagan de este objetivo un imposible. Por ello, quizá la mejor recomendación de alguna guía clínica se encuentra en la primera página: «*Esta GPC es una ayuda a la toma de decisiones en la atención sanitaria. No es de obligado cumplimiento ni sustituye el juicio clínico del personal sanitario*».

Con el tiempo, la Psicología racionalista (de segunda generación), desarrollada dentro de este mismo marco positivista, está siendo sustituida por aproximaciones contextuales con diversos enfoques que tratan de atender a las diferentes posiciones ideológicas que coexisten en el seno de cada cultura.

Comencé la entrevista con Rafaela aceptando con asentimiento y media sonrisa su declaración de incredulidad y, por supuesto, con una invitación a hablar de lo que le viniese en gana mediante una frase adivinatoria finalizada con puntos suspensivos: «*Imagino que algunos problemas son demasiado complicados de resolver...*». No hacer preguntas concretas elimina mi frustración cuando el paciente no las contesta. Rafaela respondió arrojando una serie de soluciones estándar para lo suyo (y para lo de cualquiera): «*Lo que necesito es dormir, que me dé el aire, desconectar...*» me habló de unas infusiones recetadas por la competencia desleal en una herboristería... y de una amiga que practica el *reiki*...

Sin lugar a dudas, es una verdad como un templo (seguramente también una evidencia empírica; no lo he buscado) que pasear por el bosque, e incluso una técnica más sofisticada como abrazar árboles, sea un procedimiento eficaz para mejorar el ánimo. Resulta viable convertir esas acciones en un tratamiento dándole forma de prescripción en manos de un legitimado experto y manuscrita en una cuar-

tila con membrete: «*Escitalopram 1-0-0 / Paseo de una hora 1-0-1*». Podemos justificar esta prescripción por la estimulación de ciertos neurotransmisores, mejorar el *pranayama* (control de la respiración en términos budistas), avanzar en autoconocimiento y crecimiento personal o alejarse durante una hora dos veces al día de una pareja insufrible o cualquier otra realidad adversa. Me da la impresión de que, para la construcción de la eficacia, se precisa de cierta coherencia entre los diferentes tipos de problemas, los diferentes tipos de curadores y los diferentes tipos de soluciones. Un *mal aire*, una *impresión* o susto metido en el cuerpo, o la debilidad somática pueden identificarse como causas de dificultades similares, aunque difieren en sus tratamientos. Un diagnóstico típico de nuestra excultura, como la *paletilla caída* (vinculada al ánimo bajo), disponía de un tratamiento eficaz en manos de una curadora, *menciñeiro*, sabia, *compoñedor*... Los modelos eficaces son aquellos donde se vincula de manera exitosa el diagnóstico con la solución. Un malestar provocado por estar en pecado mortal tras haber infringido el sexto mandamiento obtiene una cura infalible mediante la absolución, mientras que obtener la curación en un alma con *Trastorno límite de la Personalidad* tendría una posibilidad de solución más limitada. El desarrollo de los enfoques transdiagnósticos (con un único diagnóstico denominado malestar) resulta un importante avance al evitar el fracaso en hacer desaparecer el nombre del problema.

Fui asintiendo, parafraseando algunas de las frases de Rafaela y señalando algunas de sus emociones a lo largo de su exposición, que siguió con ese recuento de síntomas, que, entiendo, es lo que se espera de uno cuando se encuentra frente a una bata blanca. A veces, el relato de las experiencias más íntimas espera en la recámara hasta testar la disposición del curador para atenderla. Una importante función del lenguaje consiste en compartir nuestras vivencias con los demás incluso sin que nos escuchen con demasiada atención. Los

autobuses viajan repletos de monólogos intercalados que nos sirven a cada uno para elaborar, dotar de sentido y validar nuestros puntos de vista en presencia de los otros. Pero algunas narraciones se comportan de un modo más pudoroso. No tienen claro que puedan ser aceptadas fácilmente porque chirrían al intentar encajarse en la propia cultura. Las emociones de rechazo hacia un hijo o hacia una madre, un amor prohibido, el fracaso estrepitoso en la vida... no pueden ser atendidas en restaurantes ni ruidosos centros comerciales. Se prolongan más allá de los tres minutos que, según las reglas del *storytelling*, es el tiempo máximo que una persona está dispuesta a perder en obtener un mensaje en el siglo XXI. La sobreinformación constante y caótica protagonizada por los contenidos de las redes sociales, bloquea la posibilidad de narrar y anula, según el mediático Byung-Chul Han (2023), el sentido del tiempo (conexión entre pasado presente y futuro). Según el filósofo coreano, la alteración del eje temporal en nuestra existencia se asociaría, junto a otros males del neoliberalismo, con el incremento del malestar emocional de nuestros días. En esta misma línea, cabe preguntarse si nuestro actual incremento de la demanda estaría relacionado con el desempeño de la función conversadora, mermada dentro de nuestra cultura desde la desaparición de las reuniones alrededor de las *lareiras*.

No vamos a reproducir aquí en detalle la conversación en la que Rafaela, en contra de las opiniones de sus allegados y otros profesionales, mantenía la convivencia asimétrica con su pareja por una serie de razones que ella definía como baja autoestima, dependencia emocional, educación de la época, miedo al futuro, convivir con un narcisista, etc.

En el medio social existe un recetario popular de soluciones para afrontar los diversos tipos de problemas que solemos agrupar en: soportar mejor la situación o cambiar las cosas, o como le llamamos en nuestro gremio «soluciones orientadas al manejo de la situación o al manejo de la emoción». «Lo que tiene que ha-

cer Miguel es dejar de beber», le dijo su doctora. «*Lo que tienes que hacer es matarlo de hambre y que se lave los calzoncillos*», le dijo su cuñada. «*Podrías ser un caso claro de maltrato psicológico*», le dijo la trabajadora social. «*Tú le pones las maletas en la escalera y luego verás cómo espabila*», le dijo su amiga Maricarmen. «*La noto muy baja, a ver si coge fuerzas con este tratamiento*», le dijo su psiquiatra. «*Le pones la demanda de separación y se irá de casa con la Guardia Civil*», le dijo la abogada.

Tras más de diez años de malestar, la situación persistía a pesar de múltiples enfados y desenfados, incluidas varias intervenciones profesionales dirigidas a buscar la manera de «*dar el empujón y salir de una puñetera vez de allí*». Además de llevar «*una vida de mierda*», Rafaela se consideraba a todas luces «*una mujer cobarde*». Si aquello fuese una serie de Netflix, se habrían filmado con los conflictos e intentos infructuosos de solución multitud de capítulos agrupados en varias temporadas: salidas de casa de una tarde de duración, consultas aisladas con abogados, mediación de hijos en los conflictos, expresión de buenos propósitos de Miguel... Nos faltaba en este guion una situación económica compleja, con deudas conjuntas acumuladas tras un negocio familiar fracasado. El caso es que Rafaela no confiaba en que Miguel participase de las deudas, imaginando la vida desenfrenada que ese hombre desamparado llevaría en un pisito de soltero. Como apoyo empírico de este temor teníamos unos ingresos hospitalarios fruto de la combinación de sus problemas de salud (diabetes y EPOC) con la mala vida durante algunas épocas de escasa supervisión.

Hubiera sido más sencillo que Rafaela se hubiese limitado a exponer sus dificultades emocionales bajo la forma de desesperos para conciliar el sueño o su tendencia a *sobre pensar*. Le habríamos prescrito algunas técnicas de control de estímulos y disminución del *arousal* con una *app* de *mindfulness*. Si la causa convenida fuese un *mal de aire*, un *disgusto metido en el cuerpo* o una *debilidad*, nos habríamos aproximado al problema de manera diferente. El



Foto: Witheline

caso es que, como buenos curanderos, le permitimos a Rafaela narrar. Narrar una historia bien contada, vinculada con su papel en el mundo, sus significados y sus valores... Y de este modo, siguiendo a Marino Pérez, el trastorno de Rafaela se convirtió en «*una situación vital en la que la vida se ha tornado en contra (vuelto de revés, revelado sus límites) y así ha trastornado el modo de estar en el mundo poniendo al límite las posibilidades de uno dadas las circunstancias*». Ese modo de estar en el mundo trastocado es precisamente lo que García-Sabell nos invita a reparar a los profesionales: «[...] *os menciñeiros están respaldados por modo consciente na cultura heredada. E entón intúen con acuidade que ningún doente se cura de verdade se no se conquiere centralo na vida, sitíalo no mundo cotián, chantalo ben chantado na Idra da existencia que lle corresponda*» (Cunqueiro, 2011). En resumen: poner las cosas en su sitio (a los demás y a nosotros) sería el reto de esta y de cualquier intervención.

Rafaela no saldría de la Sala 5 antes de que hubiésemos reescrito un relato que le permi-

tiese adoptar una posición diferente con respecto a su problema. En contra de algunos teóricos, considero inviable mantener la neutralidad a la hora de extraer las narrativas y dirigir el trabajo de reelaboración de los relatos. Un terapeuta culturalmente bien construido maneja una cierta cantidad de guiones funcionales y disfuncionales y se deja influenciar por las historias alternativas que conducen a posiciones vitales más acogedoras. Los terapeutas también se reconstruyen y se adaptan a los diferentes discursos cambiantes con el paso del tiempo. En los inicios de la antropología, Lévi-Strauss refirió la utilidad de acudir a un miembro superior de la comunidad que se apropiase del sufrimiento y funcionase como intermediario en el proceso de sanación. Por ello, una posición creativa conjunta, desde luego no simétrica, sería más propicia y, en definitiva, el lugar en donde la propia comunidad nos sitúa.

Como ya hemos apuntado, sólo mantenemos cierta coherencia en parcelas concretas y co-

existen en nosotros diferentes discursos que, por razones de peso, mantienen una jerarquía a la hora de dirigir nuestras maneras de estar en el mundo. Disponemos de discursos más o menos dominantes dentro, que a veces coinciden con los discursos más o menos hegemónicos de ahí fuera. No cabe duda de que, si se realizara una encuesta con la pregunta «¿Qué valora usted en las personas?», todos responderíamos que la honestidad, la generosidad, la integridad, la empatía, el respeto... Y, ante la pregunta «¿Cuáles son los valores que cree que la sociedad prima?», responderíamos sin dudarle que la imagen física, el estatus social y los bienes materiales. Me he preguntado muchas veces dónde está esa sociedad que no encuentro por ningún lado. Será que ambos esquemas coexisten dentro de nosotros y los aplicamos de manera alternativa según la marca de zapatillas que ese día llevamos puesta.

Dentro de ese menú de discursos (supongo que a todos nos habrá ocurrido), existen algunos especialmente difíciles de digerir. Confieso que el de Rafaela, habiéndolo salpimentado un poco, casi me convenció y me perdoné colaborando en las soluciones planteadas. La psicología y los psicólogos como referente normativo ostentamos el poder y la responsabilidad (por encargo de la comunidad) para decidir qué es lo conveniente: un hogar apacible, ser bien amado, un trabajo enriquecedor, una vida estable, contactos sociales cálidos, videojuegos limitados, igualdad de género... Como colectivo, apoyamos acciones orientadas hacia la consecución de esas utopías al tiempo que nos situamos al lado de las personas vulnerables. En nuestra particular coherencia, apoyamos la alimentación sana a la vez que combatimos la gordofobia.

En la calle Pintor Gómez 13, cuarto sin ascensor, vivía una historia de amor bastante elegante según los cánones románticos «*hasta que todo se fue torciendo ante problemas de la vida*». Surgieron primero unas desavenencias familiares por una herencia miserable, seguidas por la quiebra del negocio que dejó a Rafaela

y Miguel una deuda eterna y arrastró a éste a la bebida, a perder la salud y a desmotivarse con los trabajos cualificados y a ella a pluriemplearse como trabajadora doméstica. Está bien documentada la tendencia natural que tenemos de echarle la culpa a las personas de las cosas malas que les pasan, pero, en este caso, la crisis del 2007 me pareció una explicación convincente para dar al traste con un negocio de maquinaria de construcción. Ambos, cada uno a su estilo, mantenían contacto regular con sus tres hijos criados con cierto éxito (todos sanos con trabajos estables). Esperaban un nieto para la primavera y Rafaela se encontraba esperanzada en reocupar el nido vacío, ahora habitado por un hombre de unos sesenta que aguardaba la jubilación y la siguiente *monería* del Tik Tok, con una ristra de cervezas alineadas sobre la mesa. Excepcionalmente, participaba por las malas en alguna tarea doméstica. Poco más repertorio social que bajar ocasionalmente al bar y algún paseo *de ganchete* los domingos por la tarde. «*Así fue criado*», argumentó Rafaela.

Si, en lugar de un reventón de la burbuja inmobiliaria, la responsabilidad del fracaso hubiese recaído en un *mal de ojo*, Miguel se habría recuperado hace tiempo. Pero en épocas donde confundimos realidad con ficción, quizás esperamos demasiadas veces cosas imposibles. Cualquier giro de guion que provocase que en el siguiente capítulo Miguel preparase el desayuno, pasase la aspiradora y dejase unas notas románticas en la nevera daría como resultado el cierre de la productora. Ese desenlace no sería creíble porque todo guionista, en la realidad o en la ficción, debe conocer lo que es posible y lo que no. En la realidad o en la ficción, los milagros no existen. Ni siquiera una abducción extraterrestre sería verosímil, a no ser que se tratase de un género de comedia, que ahí vale todo.

Entendemos que las historias están tejidas por elementos seleccionados de las experiencias que dejan fuera las excepciones o *desenlaces inesperados*, que hay que rescatar e incluir si

deseamos proyectar un futuro guion diferente (White y Epston, 1993). Hasta el momento, esta serie tendría como sinopsis: *Rafaela, una abnegada madre y esposa, mantiene una convivencia marcadamente asimétrica con Miguel y, tras sucesivos conflictos y avatares diversos, [...] El Público General (no los aficionados al cine de autor) escribiría como final: [...] Rafaela consigue salir de allí y construirse una vida linda y placentera.* Está claro que este final deseado requiere que los conflictos se intensifiquen lo suficiente (que no sabemos cuánto es) para conseguir dar el paso. No solo el pasado de las historias condiciona su continuación, sino también los finales imaginados. Por ello, la tarea de modificar el presente implica tanto la tarea de modificar el pasado como cambiar el futuro esperado o imaginado. No es muy difícil. Pocas cosas son tan elásticas como la memoria y el lenguaje, y nada tan estable como una emoción de amor (o apego) de treinta años, aunque sea hacia un cretino.

Para diseñar el capítulo con un giro de guion, habría que rebuscar en la historia los posibles elementos incongruentes o chocantes con ese personaje, la «estúpida y cobarde Rafaela», esa sin el valor suficiente para dirigir su vida. Un ejemplo:

- [...] *Y al tercer día que no le hice ni puñetero caso estaba ingresado en el hospital. Me llamó Alberto desde allí desesperado porque llegaba tarde a una reunión de la empresa y, claro, ahí me fui pitando.*
- *Tragaste el orgullo y fuiste a ocuparte para que tu hijo pudiese marcharse...*
- *Es que ellos —sus hijos— no tienen por qué estropear sus vidas. Ya bastante han aguantado durante aquella época... bla, bla, bla...*

Seguramente estaríamos aguardando excepciones «de manual» y que la identidad débil de Rafaela proviniese de un antiguo abuso reparable o sufriese una especie de amnesia narrativa, olvidando las medallas de taekwondo del campeonato nacional escolar. Pero no emergieron. En su lugar, encontramos pruebas en contra de su cobardía y su estupidez, y de que

en su mundo tenía sentido seguir habitando en esa casa. Me resultaba familiar ese guion. Me lo enseñó un tal Luis, el esposo autodefinido como consentidor, de una mujer desbaratada (adicta a sustancias y con diagnóstico del eje II) a quien soportaba, además de por amarla, para liberar a sus hijos de atenderla. «¿Qué sería del mundo si nos desprendiésemos de todas las personas destartadas, difíciles y desagradecidas?», me preguntó. «En lo que a mí me toca, te agradezco que la cuides», le respondí.

Resulta liberador trabajar sin verdades. Como todo en la vida, es también una cuestión de suerte dar con un profesional con tal o cual posición ante nuestro problema. Pero esto no significa que los terapeutas podamos emplear cualquier solución si esta no se inserta en un espacio de congruencia en nuestra paciente. Como bien afirman algunos de nuestros enemigos: «les decimos lo que quieren oír». Eso es bien cierto, pero eso que decimos tiene algo de diferente y genera cambios.

A los terapeutas narrativos les gusta emplear externalizaciones: una estrategia lingüística de separar el problema de nuestra propia identidad. A mí me consuela «llevar dentro un angelito bobo». Ingenuo, manipulable, que no sabe sumar ni restar las deudas con los demás, que se conforma con poco y se divierte con cualquier cosa. Insistimos constantemente en la prohibición de externalizar la maldad porque es una manera de justificarla sin responsabilizarnos de ella y, por ese mismo motivo, me resulta útil acudir a esta figura de bondad que encaja (en caso de ser personas de bien) con cierto espacio de nuestros valores, pero que debemos de vigilar, no vaya a ser que ese bobo se meta en algún lío. Es posible que Rafaela, con todo ese estrés que lleva acumulado, no tenga bien vigilada a la deliciosa ingenua que lleva dentro y que, a veces, dice cosas como «sería mejor tener un perro, pero no saben llamar al 061». Es un descanso poder ser excesivamente buenos y compartir la culpa de nuestros excesos con un angelito bobo, un perro labrador, Santa Teresa de Calcuta, al TDAH... La carta debe ser

extensa para acertar con el término con el que mejor nos identifiquemos.

Sin demasiados esfuerzos de conducción de aquella entrevista, Rafaela relató que cumplía la tarea de dar cobijo a esa persona «herida» y que, aunque «no quería por amor», sí con la responsabilidad de «ocuparse de él por ella y por sus hijos». ¿Podría tener esto un valor o se trata de una cobardía? Recuperar el amor o separarse son las dos opciones del árbol de decisión que forma parte del recetario popular actual que, incrédulo con el más allá, concibe la abnegación como una forma de sometimiento. Algunos pensadores revolucionarios contemporáneos nos plantearían sus dudas sobre un mundo mejor en el que Rafaela, una vez libre de cargas, pudiese pedir un crédito y pasear del *ganchete* de un Bimba y Lola. La reconstrucción de un relato con la abnegación transformada en una comedida generosidad (más afín a la RAE), ¿ofrecería la posibilidad de buscar una convivencia apacible en lugar de provocar interminables situaciones de tensión necesarias para dar el portazo final?

Pocas veces los curadores se resisten a realizar prescripciones: beber de una fuente con la puesta de sol durante una semana, cruzar un río en cuarto creciente, recitar un responso en San Andrés, emplear palabras acabadas en 's', visualizar desnudo a nuestro público, tomar nota de las manías... El seguimiento de un ritual, según Frank, resultaría necesario para la curación. Como principio activo o ingrediente inespecífico, la prescripción mantiene presente la intención de cambio y sirve como repaso del contenido de la propia sesión (que también puede ser concebida como ritual). «Lo que me saca de quicio es llegar a casa y ver todas esas botellas en fila sobre la mesa del salón». «¿Cómo reaccionaría Miguel a la petición de tener la mesa recogida de botellas cuando llegases del trabajo?», pregunté. «Sería una muestra de respeto», respondió Rafaela. Recordé a una madre colocando uno de esos contenedores de basura grandotes con tapa en el cuarto de su hijo para que tirase allí toda la ropa sucia esparcida por el suelo y

evitarse esa antiestética imagen. Resulta muy familiar asumir que nuestros hijos tengan algunos comportamientos indeseables, pero «no ante nuestros ojos». El asunto de la excesiva transparencia propia de los nuevos tiempos daría para una cháchara larga. En todo caso, en Pintor Gómez 13, cuarto sin ascensor, todo lo que sea cambio bienvenido sea. Rafaela pondría en un rincón del salón una caja de cartón y, por si acaso, convenimos en dar un toque al timbre del portal para anunciar su llegada con un par de minutos de antelación. Comentando luego esta sesión con una residente, comparó esta prescripción con un toque de fanfarria anunciando la entrada de la marquesa. Fue un alivio escucharla.

«Y ojito con ir más allá, que el roce hace el cariño y el cariño lleva a los conflictos cuando no somos correspondidos». Esto me lo recitó una abuela sabia, quizás nieta de curandera, y de la cual seguramente recogí algunas enseñanzas más. A veces tenemos delante conversadores que nos enriquecen y que, en su día, bien podrían desempeñar clandestinamente nuestro oficio en alguna aldea de Carral. Escasean en nuestras consultas y reconozco que a veces añado alguna cita extra con el fin de mejorar mi formación. Esta experta opinaría que salir a abrazar árboles (mejor a robles porque los nogales dan mala sombra) sería una mejor tarea para Rafaela que sermonear a Miguel. Aunque dados sus dolores de espalda y la tensión acumulada, quizás un par de sesiones a la semana de pilates y otras dos en yoga, en horario de tareas del hogar, podrían tener una doble función. Quién sabe.

Restaría la importante misión de informar del cambio al entorno. Las ideas que la familia, amistades, compañeros de trabajo... tienen sobre nosotros y nuestros problemas ejercen un poder sobre ambos. Nuestra identidad personal está constituida por lo que sabemos de nosotros mismos, que debe coincidir con la de nuestro grupo de referencia tanto para eludir conflictos como para disponer de apoyos. Por ello, se precisa divulgar estas nuevas narracio-

nes que sustituyan a «*un día de estos lo pondré de patitas en la calle*», «*maldito el día que entré en aquel bar para conocerle*», «*No hay pago para tanto aguante*», etc. Para ello están disponibles plantillas en forma de guiones alternativos: «*Tendré que quererlo así, en dónde lo voy a tirar*»; «*En el cielo me espera un chalet con piscina*»; «*Por los hijos hay que hacer lo imposible*», o, la que más me impresiona, «*Que Dios no nos dé aquello que no podamos soportar*».

En cierta ocasión, un arquitecto de renombre acudió a consulta refiriendo un importante malestar en su «dignidad» tras una reciente situación de desempleo. Su vida giraba en torno al cuidado de sus hijas pequeñas y de gestiones de atención y transporte de sus familiares mayores... («*tareas de taxista*», les llamó). Muchos coincidiríamos en que, más digno que pintar rayas sobre un plano, es prepararle un zumo de naranja exprimido a tu hija y sacarle unas fotos el primer día de su clase de patinaje. Pero seguramente matizaríamos esta cuestión si, en lugar de pintar rayas, estuviésemos investigando sobre la prevención del suicidio. Un arquitecto podría también argumentar que diseñar viviendas confortables y seguras sujetas a las normativas es una tarea que salva vidas. Quizás por ello, su intento de divulgar su nuevo y digno rol no tuvo mucho éxito dentro de su gremio. Hay que ser muy cuidadoso en la tarea de seleccionar a nuestro público y buscar aliados. Espero haber elegido bien al mío para este relato.

«*¿Y tenías precisamente que escoger un caso de esposa sometida en estos tiempos que corren? ¿Y por qué no usas el caso de “mi madre me cae mal” o “no soporto a mi hijo” o incluso el de “mejor tómate las drogas los viernes y te dejas de líos”?*» Supongo que no encontré un asunto más controvertido para plantear un debate sobre los discursos hegemónicos que también tenemos en terapia.

«*¿Y qué pasó con Rafaela, “atopou conforto”?*» Pues me pareció que salía aliviada y me agradeció «*haber tenido aquella conversación en lugar de una terapia*».



Foto: Theshuttervision

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, L. (2010). Modelos psicológicos del cambio: de los modelos centrados en el individuo a los modelos psicosociales en psicología de la salud. *Psicología y Salud*, 20, 97-102.

Pérez Álvarez, M. (2020). El embrollo científico de la Psicoterapia: Cómo salir. *Papeles del Psicólogo*, 41(3), 174-183.

Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Paraninfo.

Botella, L., & Feixas, G. (1998). *La teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Laertes.

Botella, L. & Figueras, S. (1995): Cien años de psicoterapia: ¿El porvenir de una ilusión o un porvenir ilusorio? *Revista de Psicoterapia*, 24, 13-28.

Byung-Chul Han. (2023). *La crisis de la narración*. Herder.

Cunqueiro, A. (prólogo de García-Sabell, D.) (2011). *Escola de Menciñeiros*. Editorial Galaxia.

Gergen, K. & Warhus, L. (2001). La terapia como una construcción social, dimensiones, deliberaciones y divergencias. *Sistemas Familiares*, 17, 11-27.

Gondar, M. & González, E. (1992) *Espiritados. Ensaíos de Etnopsiquiatría galega*. Laiovento.

Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2014). Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. https://doi.org/10.46995/gpc_534

Landfield, A. & Leitner, L. (Comps.) (1980). *Psicología de los constructos personales: Personalidad y psicoterapia*. DDB

Organización Mundial de la Salud (2013). *Estrategia de la OMS sobre la medicina tradicional (2014-2023)*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf (26/09/2024)

Vaamonde, P. (2010). Os ofrecidos. *Cadernos de atención primaria*, 17, 76-80.

Vaamonde, P. & Alonso, E. (2010). Os curandeiros. *Cadernos de atención primaria*, 17, 144-149.

Vaamonde, P. (2010). Medicina popular en Galicia. As doenzas. *Cadernos de atención primaria*, 17, 222-228.

Vaamonde, P. & Alonso, E. (2010) Medicina popular en Galicia. Os remedios. *Cadernos de atención primaria*, 17, 307-315.

Wampold, B. & Imel, Z. (2021). *El gran debate de la psicoterapia: La evidencia de qué hace que la terapia funcione*. Editorial Eleftheria.

White, M. (2002). *El enfoque narrativo en la experiencia de los terapeutas*. Gedisa.

White, M. & Epston, D. (1993). *Medios Narrativos para fines terapéuticos*. Barcelona: Paidós.

ANUARIO ABIERTO

CASOS CLÍNICOS

TRABAJO PREMIADO EN LAS XXVII
JORNADAS DE PSICOLOGÍA Y SALUD
DEL COPG

SUMARIO

GALLEGO



CASO 1

(RE)TOMANDO EL RUMBO: ABORDAJE DE UN CASO CLÍNICO A TRAVÉS DE LA TERAPIA NARRATIVA

Lucía Díaz Riola

Psicóloga Interna Residente – Área Sanitaria de Ferrol

lucia.diaz.riola@sergas.es

Melania Beceiro Rico

Psicóloga Clínica USM Infanto-Xuvenil – Área Sanitaria de Ferrol

melania.beceiro.rico@sergas.es

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Díaz Riola, L., & Beceiro Rico, M. (2024). (Re)tomando el rumbo: Abordaje de un caso clínico a través de la terapia narrativa. *Anuario de Psicología y Salud*, 17, pp. 76–89. <https://copgalicia.gal/seccions/psicologia-e-saude/publicacions>

RESUMEN

En el presente trabajo se realiza el análisis de un caso clínico, abordando, primeramente, diferentes temas que se consideran de relevancia para una mejor comprensión tanto del desarrollo como de los resultados del mismo. Estos son: la importancia del establecimiento de una adecuada alianza terapéutica, algunos apuntes sobre la terapia narrativa y el beneficio del trabajo con equipo terapéutico, entre otros. Posteriormente, se hará una revisión del caso desde la perspectiva de la intervención realizada como residente de tercer año de Psicología Clínica y, finalmente, se extraerán las principales conclusiones del mismo.

De cara a preservar el anonimato del paciente, se hará referencia a él como «D».

PALABRAS CLAVE — terapia narrativa, equipo terapéutico, espejo unidireccional, enfoque sistémico, alianza terapéutica.

ABSTRACT

The present work analyzes a clinical case, first addressing different topics considered relevant for a better understanding of both the development and the results of the case. These are: the importance of establishing an adequate therapeutic alliance, some notes on narrative therapy and the benefit of working with a therapeutic team, among others. Subsequently, a review of the case will be carried out from the perspective of the intervention conducted as a third-year Clinical Psychology resident, and finally, the main conclusions will be drawn.

In order to preserve the patient's anonymity, the patient will be referred to as 'D'.

KEY WORDS — narrative therapy, therapeutic team, oneway mirror, systemic approach, therapeutic alliance.

INTRODUCCIÓN

La afirmación de que la relación terapéutica es un factor determinante en cualquier proceso de terapia puede considerarse compartida por, si no todos, la gran mayoría de profesionales que trabajan en el ámbito de la salud. La relación de colaboración entre terapeuta y cliente puede ser definida como una «alianza» y se basa en la creación de una nueva relación, diferente a todas las demás, caracterizada por el respeto, el cuidado y la confianza mutua, entre otros factores. Se considera que la alianza terapéutica es el principal predictor de resultados positivos en la terapia individual (Hovarth y Symonds, 1991; Martin et al., 2000).

Según algunos autores, el objetivo último del encuentro terapéutico es el de producir transformaciones en las tramas narrativas de los clientes (Sluzki, 1992).

Son David Epston y Michael White a quienes se atribuye la creación de la terapia narrativa, desde la que se plantea que la identidad de los seres humanos se constituye por lo que «sabemos» de nosotros mismos y por cómo nos describimos como personas. El problema, desde este enfoque terapéutico, se concibe separado de la persona y se considera que los seres humanos tienen una gran cantidad de habilidades, competencias, capacidades y valores que les van a permitir reducir el impacto de los problemas en sus vidas (Castillo et al., 2012).

El terapeuta que trabaja desde el enfoque narrativo se puede concebir como un intérprete, el cual no posee verdades universales y no tiene prescripciones preestablecidas de antemano, sino que da un papel central al cliente y rema junto a él para que este se convierta en el protagonista de su vida. Por ello, se podría considerar al terapeuta como un colaborador activo, que trabaja en conjunción con el cliente en la creación de nuevas narrativas que puedan reemplazar a las que estaban jugando un papel importante en el mantenimiento de la problemática. No se pretende, por tanto,

establecer una fórmula exacta que aplicar de manera generalizada a todos los sujetos y a todas las situaciones, sino que se trata de establecer la creación en terapia de un contexto relacional que, mediante el diálogo, dé lugar a transformaciones particulares que tengan significado para cada persona. El aspecto relacional es, por ende, un concepto fundamental para el trabajo desde un enfoque narrativo.

Desde la terapia narrativa se otorga un importante papel a la palabra escrita y se considera que se puede utilizar en una gran variedad de formas dentro de la terapia (cartas, declaraciones...). Así, se recurre a la noción de «textos narrativos» y se realiza una analogía entre la terapia y el proceso de «contar» o «volver a contar» las vidas y las experiencias personales (Castillo et al., 2012). Es sabido que los seres humanos hemos evolucionado como especie hasta utilizar los relatos para diversos fines, como pueden ser organizar, predecir y comprender la inmensa complejidad de las experiencias vitales. Los significados que atribuimos a los acontecimientos determinan tanto nuestra concepción de los mismos como nuestra reacción ante ellos.

Como se ha mencionado, para la terapia narrativa la creación de un contexto relacional adecuado entre cliente y terapeuta es crucial. Esta relación se va a ver influida por múltiples factores, entre los que cabe destacar la personalidad tanto del terapeuta como del cliente. Desde un punto de vista relacional, la personalidad se podría definir como «*la dimensión individual de la experiencia relacional acumulada, en diálogo entre pasado y presente, y encuadrada por un substrato biológico y por un contexto cultural*» (Linares, 2007). La personalidad individual se nutre de un elemento de la experiencia relacional desde prácticamente el inicio de la vida de la persona: la vivencia subjetiva del niño de ser amado. Para construir una personalidad madura, el niño necesita percibirse reconocido como un sujeto independiente, con sus propias necesidades y características, diferentes de las de los otros individuos. Si no se produce este

reconocimiento o, todavía peor, si este se ve desconfirmado, se produce un fallo en la nutrición relacional en el plano cognitivo que da lugar, a su vez, a dificultades en el plano emocional y pragmático. En función de cómo sea el desarrollo primero del menor, este irá organizando su experiencia relacional en diversos términos narrativos, construyendo historias propias que den sentido a lo que va sucediendo en su vida; y algunas de estas historias serán las que primarán a la hora de elaborar su identidad. De todo lo anterior se desprende la importancia de las figuras de apego primarias, normalmente los padres, como «colaboradoras» en la formación de la personalidad del niño y «co-constructoras» en sus narrativas preponderantes (Linares, 2007).

El presente caso, que se describirá más adelante, puede ilustrar cómo las vivencias tempranas de la persona han condicionado y determinado en gran medida el desarrollo de su personalidad adulta, haciendo que esta se vea marcada por un exceso de responsabilidad y obsesividad. Según algunos autores (Hawton et al., 1989; Botella y Gallardo, 1999), ambos conceptos están muy relacionados. Estos consideran que las valoraciones de responsabilidad constituyen un factor clave en la persistencia de pensamientos, imágenes o impulsos de tipo intrusivo. Además, parece que la interpretación de las intrusiones obsesivas en términos de responsabilidad va a generar efectos relacionados con un incremento de la sintomatología ansioso-depresiva.

El exceso de responsabilidad y la personalidad obsesiva pueden estar vinculadas a prácticas de crianza recibidas desde temprana edad: un estilo de apego en el que la comunicación destaca por sus aspectos analíticos, por la inhibición emocional y la apelación a valores morales puede explicar dicho funcionamiento obsesivo. Citando a Guidano (2003):

Las familias obsesivas son solamente verbales, no hay nada implícito, motor, emotivo. Los juegos que se hacen con el niño son sólo intelectuales, verba-

les, instructivos. Nada es dejado a la alegría, a la diversión, al juego; todo tiene como finalidad ser instructivo [...]. El obsesivo es sólo explicación, él es como si nunca hiciera caso a su experiencia inmediata, es como si no existiera experiencia. Es una fractura muy intensa, muy grave, que empieza desde la niñez, y se nota en la capacidad verbal que tienen los obsesivos.

Este tipo de funcionamiento familiar provoca, según autores como Corberá y Botella, la sobrevaloración de cinco aspectos que serían: el perfeccionismo, el miedo y la culpa, la poca tolerancia a la incertidumbre y a la duda, la escrupulosidad y el uso de estrategias de prevención reparadoras o preventivas.

Como se verá, dada la dificultad percibida inicialmente como residente de cara al abordaje de este caso, se consideró plantear el mismo en una sesión de docencia y, a partir de la misma, se valoró la realización de un trabajo con equipo terapéutico utilizando un espejo unidireccional. Como residente, valoro como algo muy beneficioso tener la oportunidad de abordar terapéuticamente casos mediante el uso de espejo unidireccional y el trabajo con equipo terapéutico, por una serie de beneficios que se referirán a continuación.

La formación profesional del psicólogo clínico es un tema vigente en la actualidad, que ha ido viviendo cambios desde las primeras generaciones de psicólogos residentes en formación hasta nuestros tiempos (Fernández-Liria et al., 2010; Le Roux et al., 2011; Imber-Black, 2014). El complejo tránsito entre la totalidad del aprendizaje teórico ofertado desde los estudios de grado en Psicología hasta la práctica profesional del psicólogo en formación requiere del desarrollo de dispositivos de entrenamiento que vayan acercando al terapeuta al trabajo concreto en la clínica (Cruz Fernández, 2009).

Fundamentalmente, pero no solo desde abordajes sistémicos, se puede contar con el recurso de la observación y supervisión en vivo de casos clínicos reales mediante un espejo unidi-

reccional o, técnicamente hablando, «cámara Gesell». La cámara Gesell es un dispositivo conformado por dos habitaciones contiguas separadas por un cristal de visión unidireccional: desde uno de los lados se puede ver la otra habitación, pero no así a la inversa. En condiciones ideales, cuenta con un equipo de audio y vídeo que posibilita la observación y audición en vivo a través del espejo y/o la grabación de vídeo para su posterior reproducción y análisis. Además, es frecuente que en esta modalidad de terapia se cuente también con la posibilidad de la utilización de un teléfono que comunique ambas salas, lo que permite una comunicación directa entre el interior y el exterior de la cámara. El uso habitual de estos sistemas es aquel en el que uno o varios terapeutas se encuentran con el cliente realizando terapia en una de las habitaciones mientras un supervisor o un equipo terapéutico está observando el trabajo desde la habitación anexa.

Fue Charles Fulweiler, alrededor de los años 50 del pasado siglo, el primer psicoterapeuta en utilizar la tecnología de Gesell con fines clínicos. Años más tarde, este sistema llega a Palo Alto de la mano de Jay Haley (Haley, 1996). Así, la utilización de la cámara Gesell se convierte en un instrumento central para el entrenamiento de terapeutas sistémicos y comienza a desarrollarse en diferentes instituciones y modalidades de funcionamiento (Minuchin y Fishman, 1984; Boscolo et al., 1991; Wittezae y García, 1994).

Como puede deducirse, el uso de la cámara Gesell reporta una serie de beneficios al terapeuta en formación, entre los que cabe destacar los que se describen seguidamente:

Los participantes pueden hacer terapia antes de sentirse plenamente capacitados para ello dado que pueden confiar en la intervención del supervisor o equipo en caso de valorarse necesario. Así, la supervisión en vivo puede ser considerada una especie de coterapia en la que existe responsabilidad compartida entre terapeuta y equipo, no recayendo únicamen-

te en el terapeuta novel. Permite también que los terapeutas principiantes aprendan tanto de su propia experiencia supervisada como de la de sus compañeros en formación, quienes suelen ser parte del equipo (Minuchin y Fishman, 1984). El trabajo con cámara Gesell da la oportunidad de contar con un nuevo punto de vista, el del equipo, acerca del desarrollo de la terapia, lo que puede ofrecer una mayor variedad de alternativas de actuación. Además, otro claro beneficio resulta del hecho de que el supervisor esté visionando en directo el proceso de terapia, por lo que cuenta con más información que en el caso de las supervisiones indirectas, en las cuales la información que recibe queda sujeta a la subjetividad de quien la transmite. También se presencia, en la supervisión en vivo, el diálogo y se puede observar de manera directa el lenguaje no verbal de terapeutas y clientes (Haley, 1996). Por último, en lo que respecta al cliente, este puede estar más protegido de los posibles errores que pudiera cometer el terapeuta principiante. En base a lo mencionado, queda patente lo beneficioso de contar con la posibilidad de trabajar mediante equipo terapéutico con supervisión en vivo mediante espejo unidireccional, teniendo repercusiones positivas tanto en los clientes como en los terapeutas.

Considero que es inevitable sentir cierto recelo, cierto miedo, podría decirse incluso que cierta ansiedad, cuando como residentes nos enfrentamos a la práctica clínica y, especialmente, si la formación durante la residencia es el primer contacto que tenemos con la misma. A pesar de que a lo largo de este período formativo nos enfrentamos a multitud de retos, uno de los que, bajo mi punto de vista, puede provocarnos mayor respeto es trabajar con supervisión directa a través de un espejo unidireccional. A pesar de los beneficios de esta modalidad de trabajo ya referidos, algunos de los miedos que podemos sentir como residentes en formación se ven acrecentados al utilizar esta herramienta. El primero que me gustaría mencionar es el temor a verme expuesta delante de compañe-

ros, supervisores o, como sucedió en este caso, tutores. A lo largo de las sesiones de terapia a través del espejo, la adjunta que supervisaba este caso era también mi tutora por lo que la tensión «extra», así como las ganas de demostrar conocimientos (sin estar segura en muchas ocasiones de siquiera tenerlos), se vieron incrementados. Como residente de tercer año se espera —o eso creo— que tenga cierto manejo tanto de la relación terapéutica como de la parte más técnica del trabajo, por lo que pongo en otros unas expectativas respecto a mí que me veo impelida a satisfacer, lo que genera el temor a no estar a la altura de lo que se espera. Cabe añadir el casi siempre presente síndrome del impostor al estar empleando estrategias o técnicas aprendidas de otros. Es importante en estos casos tener presente que efectivamente estamos «aprendiendo de otros», por lo que es imposible no vernos impregnados en muchas ocasiones de sus formas de proceder e, incluso, de ser en terapia.

Es un hecho que estos miedos están ahí y considero un primer paso para vencerlos o, al menos acostumbrarnos a ellos, el ser conscientes de que existen, de que son compartidos, de que son inevitables en muchas ocasiones y de tener en cuenta que no dejamos de ser residentes formándonos en una profesión cuya práctica puede ser tan gratificante como incierta en ocasiones. Trabajamos con personas, todas ellas con sus propios miedos, por lo que incluso estos miedos como terapeutas noveles nos pueden acercar más a ellas mediante el reconocimiento de nuestra posición, de nuestra inexperiencia, de nuestro propio temor.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

El paciente es un varón de 48 años de edad. Está casado y tiene dos hijas. Es el mayor de dos hermanos y desde pequeño, tras la separación de sus padres cuando contaba con 3

años de edad, reconoce haber ejercido el rol de padre, lo que se considera que ha determinado su personalidad de base hipere exigente y controladora.

Está diagnosticado de Enfermedad de Crohn desde 2019, con buen control de la misma, pero viéndose exacerbada la sintomatología ante períodos de estrés.

Durante bastantes años trabajó en diferentes empresas en el ámbito relacionado con la mecánica, mostrando en todas ellas un patrón de asunción de responsabilidades mayores de las que le correspondían y manifestando una tendencia a la sobrecarga. Esto ha acarreado en el paciente elevados niveles de estrés con abandono de varios puestos de trabajo.

Coincidiendo con el diagnóstico de Enfermedad de Crohn y un período de elevado malestar, comienza a ir a un centro privado de psicología, acudiendo con posterioridad a tres consultas en una Unidad de Salud Mental, con beneficio percibido según lo referido por él. En el año 2020 inicia consultas de Psicología Clínica desde el programa de enlace con Enfermedad Inflamatoria Intestinal (derivación realizada desde el servicio de Digestivo). Durante el período de 2020 a la actualidad, es seguido por tres psicólogas distintas: una psicóloga clínica, en un inicio, y dos residentes de psicología clínica, posteriormente. Es dado de alta en una ocasión, siendo derivado nuevamente al cabo de un tiempo a petición propia.

MOTIVO DE CONSULTA

Retorna a consultas del programa de enlace entre Psicología Clínica y Enfermedad Inflamatoria Intestinal a petición propia. Está siendo visto también en consultas de Psiquiatría de Interconsulta y Enlace. En las consultas de Psicología Clínica es atendido durante cuatro sesiones por una residente de tercer año con la que no puede continuar seguimiento por fin de su rotación, por lo que prácticamente

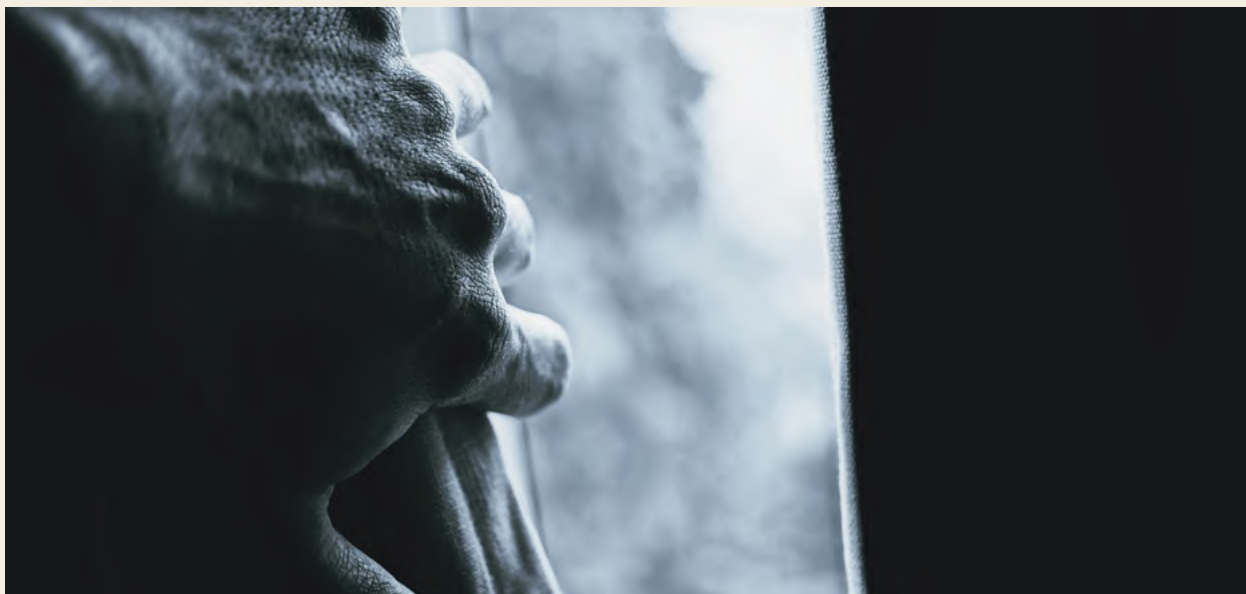


Foto: Eye4dtail

cuando comienzo a rotar en ese dispositivo empieza nuestro proceso de terapia juntos.

El motivo de consulta son las dificultades en el entorno laboral y la sobrecarga en el mismo, que le generan una importante ansiedad que experimenta tanto a nivel cognitivo como somático. Estas dificultades, junto con la sintomatología presente en esos momentos, se han generalizado a otros ámbitos de su vida, siendo prácticamente incapaz, al inicio de la terapia, de disfrutar de ninguna actividad, sintiendo la necesidad de convertir todo en una obligación y de no dejar absolutamente nada al azar. Cuando acudió a consultas conmigo por primera vez llevaba de baja unos 5 meses.

OBJETIVOS

El paciente se plantea como objetivos el ser más reflexivo, poder estar más tranquilo (que la ansiedad disminuya) y controlar su tendencia a sobreimplicarse en el trabajo y en otros ámbitos de su vida (familiar, con amistades...) sin necesidad de utilizar la medicación.

Por otro lado, junto con el equipo terapéutico, planteamos como objetivo que D fuera más consciente de cómo su historia de vida había

ido modelando su forma de ser actual, ya que fue algo que estuvo latente desde las primeras sesiones, dejándose entrever en la forma en que él hablaba de sus relaciones familiares, tanto con su familia de origen como con la que él mismo había formado. Pensamos que, si se lograba este objetivo, podría adquirir un mayor insight en relación consigo mismo y su problemática, a la vez que sería más indulgente reduciendo así su obsesividad y dando una interpretación diferente a los acontecimientos.

INTERVENCIÓN

El abordaje terapéutico fue diferente en función del profesional que atendió a D a lo largo de estos años. En el presente trabajo se realiza un análisis de la intervención implementada por la autora de este artículo siendo residente de tercer año de Psicología Clínica en ese momento.

En dicha intervención se han llevado a cabo 11 sesiones de terapia: en 4 siendo D atendido sin equipo terapéutico y las 7 siguientes con supervisión directa y equipo terapéutico. Para una mejor comprensión del caso, se especifican a continuación los temas emergentes encada una de las sesiones, así como las intervenciones más destacables

SESIÓN 1	• Marcas de contexto: me presento como la residente de Psicología Clínica que lo atenderá a partir de entonces debido al fin de la rotación en Interconsulta de mi compañera. • Necesidad por su parte de planificación de todas las actividades diarias, toda actividad es una obligación. • Importancia dada al control. • Elevada ansiedad, no solo en relación con el ámbito laboral. • Pérdida de ilusión, llegando a tener pensamientos de muerte (niega tenerlos en la actualidad)
SESIÓN 2 (tras comentar el caso en una supervisión indirecta)	• Comienzo del desarrollo de la historia de vida. • Referencia a la frase pronunciada por su madre «<i>ahora tú eres el hombre de la casa</i>», cuando D tenía únicamente 3 años de edad: asunción de responsabilidades. • Ausencia de cariño hacia sus padres. • Sentimientos de soledad. • Inicios en el mundo laboral a los 13 años. • Comportamiento con sus hijas opuesto al que tuvieron sus padres con él: se evidencia con ello la paternidad como un <i>recurso</i> que posee el paciente.
SESIÓN 3	• Deporte como vía de escape (<i>recurso</i> personal de D) • Percepción que tiene de sus hijas: «<i>una es mi interior —mayor— y la otra mi exterior —pequeña—</i>»: en posteriores sesiones, se utilizará este hilo conductor para ir dando forma a la narrativa.
SESIÓN 4	• Imposición de autoexigencias derivada de la influencia de su madre. • <i>Insight</i> acerca de su forma de ser: obsesiva y perfeccionista.
SESIÓN 5 (con equipo terapéutico y espejo unidireccional)	• Disminución de la irritabilidad (<i>excepción</i>) • Ambivalencias en cuanto a la necesidad de sentirse imprescindible en su trabajo. Devolución tras pausa con el equipo y tarea «Conectando con uno a través de otros»: «<i>El equipo cree que el problema que te trajo a consulta queda bloqueado cuando activas tu rol de padre. Te queremos pedir que de cara a la siguiente sesión te plantees la siguiente pregunta y nos traigas la respuesta por escrito: ¿Cómo querías que tu hija mayor se comportara si tuviera que desempeñar tu trabajo?</i>»

SESIÓN 6

(con equipo
terapéutico y espejo
unidireccional)

- Incremento de la ansiedad cognitiva y somática tras haber recibido una carta de inspección médica.
- Trae realizada la tarea propuesta: destaca que su hija sufriría muchísimo en su trabajo dado que es responsable y necesita tener las cosas bajo control. Como consejos, D escribe que no debe caer en los mismos errores que él y que no se debe sobrepasar en sus funciones, que no dedique tiempo extra al trabajo y que no haga suyos los problemas de los demás (nos permite evidenciar posibles objetivos terapéuticos).

(Se aprecia elevada emocionalidad al ir narrando la tarea).

Devolución tras pausa con el equipo y nueva tarea «La necesidad de tu niño»:

Nos gustó mucho conocer a tu hija mayor a través de tus ojos y seguir conociéndote a ti como padre ya que se aprecia que, cuando activas este rol, el problema que te trajo a consulta desaparece. Queríamos pedirte que tu yo adulto escriba una carta al niño que fuiste cuando tenías la edad de tu hija pequeña diciéndole lo que crees que ese niño necesitaría escuchar de ti como padre.

(Se emociona al plantearle la tarea y verbaliza que le gustará hacerla).

SESIÓN 7

(con equipo
terapéutico y espejo
unidireccional)

- Lesión en una pierna tras caída; disminución de la toma de ansiolíticos desde ese momento.
- Cabe destacar que, cuando el equipo terapéutico supo de la lesión física, anticipó una posible mejoría, siendo esta predicción totalmente acertada. El propio paciente verbalizó que la dolencia física lo tranquilizaba dado que ahora ya tenía algún problema «visible» que pudiera, en cierto sentido, justificar el que no pudiera desempeñar su trabajo).
- Cambio en la relación con su madre: más capaz de ignorar aspectos de ella que antes le sentaban mal y desataban un elevado malestar.
- Viaje a la tierra de la que es su mujer y capacidad de disfrute allí.
- Especialmente removido por la tarea previa, según refiere. De la misma destaca: jamás se sintió un niño, sentimientos de soledad y de haber sido utilizado por otros, agotamiento vital al haber dedicado su vida a las atenciones de otros, necesidad de aprender a valorarse y de permitirse errar...

Devolución tras pausa y tarea «Consulta con el sabio que hay dentro de uno mismo» (Dolan, 2003; Beyebach y Herrero de Vega, 2021):

Has vivido más o menos la mitad de tu vida y esta parte ha sido una en la que otras personas pudieron tener más control sobre la misma. Te queda otra parte por vivir y tú puedes tener el control. Nos gustaría que el D de 90 años nos traiga por escrito lo bien que le ha ido en diversas áreas, como la de pareja, familia, ocio, amistades...

SESIÓN 8

(con equipo
terapéutico y espejo
unidireccional)

- Importante cambio en el estado anímico: risueño, relajado.
- Intención de reincorporarse próximamente al trabajo.
- Trae realizada la tarea: relata su historia desde una perspectiva muy realista. Marca punto de inflexión en el momento presente, en el que valora tocó fondo. A sus 90 años se nota más flexible, con capacidad para decir que no, sabiendo no aceptar obligaciones impuestas por otros, de mejor humor, relajado... Destaca de la realización de esta tarea la importancia dada por D al haber disfrutado de su vida y haber priorizado el sentirse tranquilo y rodeado de la gente que aprecia frente a las ganancias materiales.
- Reordenó prioridades.

Devolución tras pausa:

Nos gustó mucho escuchar todo lo que planteaste en la tarea; suena realista y a la vez parece una buena vida.

Estamos de acuerdo contigo en que puede ser un buen momento para que pruebes una reincorporación al trabajo, pero nos gustaría seguir acompañándote un poco más en este momento de cambios.

SESIÓN 9

(con equipo
terapéutico y espejo
unidireccional)

- Aumento de nerviosismo a medida que se acerca la reincorporación al trabajo.
- Revisión en consulta del trabajo terapéutico realizado hasta la fecha.

Acordamos que llamará una vez esté de alta y trabajando.

SESIÓN 10

(con equipo
terapéutico y espejo
unidireccional)

- Está trabajando y se siente molesto e infravalorado, puesto que considera que le han modificado el horario para dificultar la conciliación con su vida privada (impresiona que esta valoración de D es ajustada a la realidad, por lo que describe).
- Mantenimiento de mejoría en relación con el marcaje de límites.
- Responsabilidad elevada en relación con su familia y con el mantenimiento del puesto de trabajo; miedo a cambiar de empleo y que ello implique un reinicio del círculo vicioso del malestar. No contempla ser él quien se vaya del trabajo, lo marca como una «línea roja a no cruzar».

Devolución y tarea de «Las líneas rojas»:

Al equipo y a mí nos da la sensación de que esta línea roja que comentas la ha podido marcar el D de antes y está más centrada en el aspecto de la ganancia o pérdida económica. Pero me gustaría decirte que ha surgido un debate en el equipo: parte del mismo está de acuerdo con que debes mantenerte firme en esta línea, mientras que la otra parte valora que tal vez el D actual pueda marcarse otro tipo de líneas rojas que impliquen la no renuncia a otros ámbitos de tu vida. Queremos pedirte que pienses sobre ello y que en la próxima consulta nos hables de la línea roja que podrías marcarte en el momento actual.

SESIÓN 11

(con equipo
terapéutico y espejo
unidireccional)

- Importante mejoría anímica, que él mismo corrobora.
- Cambio en la esfera laboral: sigue en la misma empresa, pero tiene dos ofertas de empleo y ha comunicado que se irá de la actual. Dice estar disfrutando del trabajo y marcando límites.
- Resto de esferas de su vida sin cargarse de obligaciones; mayor disfrute.

Tarea:

- Refiere haber estado pensando mucho y solamente identifica con seguridad una línea roja que no traspasaría jamás: dañar a su mujer o a sus hijas.

Devolución: refuerzo de los cambios percibidos a lo largo de las consultas, como son una mayor capacidad para marcar límites tanto en su ambiente laboral como en otros ámbitos de su vida, saber gestionar las demandas del día a día sin convertirlas en una obligación y permitiéndose disfrutar de tiempos de ocio y descanso, capacidad de priorizar lo que considera relevante en su vida, adquisición de un mayor autoconocimiento que le permite ir tolerando de manera más adaptativa los momentos de malestar, etc. Se muestra de acuerdo con los avances referidos. Se acuerda el alta.

A pesar de que hace ya bastantes meses que vi por primera vez a D, recuerdo perfectamente la sensación de estar absolutamente perdida y abrumada ante una persona que aparecía en consulta con una elevada presión del habla, manifestando unos niveles de ansiedad que invadían el espacio y con una tremenda necesidad de tener todo bajo control. En ese momento lo valoré como uno de los pacientes más difíciles que había visto en mis 3 años de residencia. A día de hoy, y gracias a la ayuda del equipo terapéutico, lo considero uno de los casos más enriquecedores y con los que más he aprendido a la vez que disfrutado. Se estableció con bastante facilidad un buen vínculo entre D y yo, por lo que me sentí cada vez más cómoda trabajando junto a él. Esto me sorprendió en un principio, pero no así al equipo terapéutico puesto que vio en mí cualidades que a mí me cuesta apreciar y valorar.

D fue uno de los primeros pacientes con los que trabajé desde el enfoque narrativo y haciendo una revisión de su historia de vida, así como del impacto de la misma en su forma de ser. Cabe decir que, debido a su personalidad obsesiva, cumplió de manera rigurosa con las tareas y «aprovechó» y analizó en profundidad cada una de las mismas, lo cual claramente facilitó el trabajo.

Como se mencionó en la introducción, desde la terapia narrativa es frecuente el uso de descripciones, textos, declaraciones... por lo que considero relevante analizar más en detalle el significado de cada una de las tareas narrativas que se le han propuesto, así como su resultado.

La primera de ellas fue la revisión de su **HISTORIA DE VIDA** y consistió en ir analizando en consulta el impacto que el trato y la educación recibidos de niño repercutieron

en su personalidad adulta. D fue educado de una manera rígida, sin excesivas muestras de cariño y con ausencia de figura paterna. Todo ello junto con la personalidad de su madre, a quien él mismo define como manipuladora y fría, ocasionó que asumiera desde bien temprana edad el papel de cabeza de familia, no permitiéndose ni habiéndosele permitido cometer el más mínimo error. Esta sobreexigencia, responsabilidad, baja tolerancia a la incertidumbre y a la frustración, lo acompañaron hasta el momento actual y provocaron en él un elevado sufrimiento emocional. Cabe destacar que, a pesar de todo, fue capaz de revertir la historia y educar a sus hijas de una manera flexible, tolerante, comprensiva... El abordaje de todo ello en consulta permitió a D ir elaborando y dando otra significación a su historia, hasta el punto de que la relación con su madre, si bien no es buena, sí es menos rígida que antes y D aprendió a no dejar que siga influyendo sobremanera en sus acciones y en su estado emocional. Se evidencia con esta tarea la importancia de trabajar la historia de vida de la persona desde un enfoque centrado en los recursos.

Otra de las tareas, que denominamos **CONECTANDO CON UNO A TRAVÉS DE OTROS**, consistió en pedirle que describiera cómo le gustaría que su hija mayor, con quien comparte muchas características de personalidad, se comportara en el trabajo que él desempeña. Esta tarea sirvió tanto para hacer más explícita la similitud de caracteres entre ambos como para que él tomara más conciencia de cómo su conducta en el entorno laboral influía en su malestar. A través de esta tarea, D fue capaz de marcar los límites que a él le gustaría haber marcado en el trabajo, pero haciendo referencia a la protección que él quería para su hija mayor en un ambiente de trabajo hostil (el suyo). Así, poniendo en su lugar a una de las personas más relevantes de su vida, fue más consciente de los factores que más le afectan a él y de los límites que podría marcar para disminuir el malestar.

En la tercera tarea, pedimos a D que, como adulto, escribiera una carta al niño que fue cuando tenía la edad de su hija pequeña diciéndole lo que cree que necesitaría escuchar del padre. Esta tarea la denominamos **LA NECESIDAD DE TU NIÑO**. Con este ejercicio, D pudo conectar con sus necesidades infantiles y ser todavía más consciente de cómo fue su infancia y de lo lejos que estuvo de lo que él considera que debería ser una infancia feliz para un menor. Esta tarea sacó la parte más emotiva de D y puso encima de la mesa, todavía más si cabe, las diferencias entre su rol como padre y el rol que sus padres tuvieron para con él. A continuación, se destacan algunos fragmentos literales de la tarea realizada por D que pueden ayudar a ilustrar mejor lo mencionado:

Hola, D. Disfruta de tu vida todo lo que puedas; sé egoísta, piensa en lo que tú quieras y no permitas que nadie, familia ni amigos, te lleven por otro lado. Rebélate desde el primer momento ya que cuanto más aguantas y cedas, más difícil será. [...] Sé hermano de tu hermano, no su padre, pues cuando pase el tiempo te darás cuenta de que no tienes hermano y cuando tengas a M —hija menor— estarás tan cansado de ser padre que no lo disfrutarás lo más mínimo. [...] Sé un niño todo el tiempo que puedas. [...] No te pases la vida intentando hacer lo correcto ni destacando en todo, ni preocupado por lo que pensarán los demás; lo consigues a base de esfuerzo y cesión y nunca te hará feliz por lo que no aguantas y pasas a otra cosa... y toda tu vida será un reguero de cadáveres. Ya no conservas ni un amigo. [...] Hay muchas cosas que de pequeño no tendrás, no solo materiales. No tendrás un padre como tal, no tendrás recuerdos de infancia y siempre estarás preocupado por hacer lo correcto para los demás y no reclamarás lo que necesitas. [...] Me encantaría decirte cómo hacer estas cosas, pero no lo sé. De lo que sí estoy seguro es de que, puesto a esforzarte, que sea por ti.

Otra de las tareas, llamada **CONSULTA CON EL SABIO QUE HAY DENTRO DE UNO MISMO** (Dolan, 2003; Beyebach, 2021) consiste en proponer al paciente que se imagine que han pasado unos años y que con el tiempo se ha convertido en una persona más

sabía y que, a partir de ese punto, reflexione sobre algunos aspectos importantes de su vida. Esta propuesta invita a la persona a repasar todos los aspectos de su vida y a valorar qué cosas podría cambiar para sentirse mejor, más satisfecha. Mediante esta tarea, D pudo poner en perspectiva su vida pasada y actual, así como reflexionar acerca de cómo le gustaría pasar el resto de su vida. Ello le permitió hacer una reevaluación de las «cosas» verdaderamente importantes para él, descubriendo que no se trataba de lo material, de tener un buen puesto laboral, de destacar, sino de disfrutar del tiempo con los suyos, dedicarse a actividades que reportaran bienestar y disfrutar de la tranquilidad. Se citan a continuación extractos literales de la tarea realizada:

Tengo 90 años. A los 48 hubo un punto de inflexión en mi vida donde tras tocar fondo y estar mucho tiempo de baja y en tratamiento, conseguí aprender el porqué de muchas cosas y por qué actuaba de ciertas maneras que no me permitían disfrutar, pasando todo el día preocupado. [...] Reordené mis prioridades y empecé a dar valor a las cosas realmente importantes, las que me hacen sentir bien; poco a poco dejé atrás preocupaciones que no eran mías. [...] Seguimos pasando los veranos juntos —se refiere a con su familia y amistades—, en el mismo camping de siempre, como cuando las niñas eran pequeñas. La relación con mi familia cambió. Ayudaron mucho los años y sobre todo aprender a ser inmune a las obligaciones impuestas. Esto me sirvió en todas las facetas de mi vida. Aprendí a decir “no” sin sentirme mal ni darle más vueltas. Al fallecer mis padres, la relación con la familia prácticamente se extinguió. [...] Esta es básicamente nuestra vida, con recuerdos mucho mejores de la segunda mitad que de la primera. Lástima haber tenido que llegar tan abajo para aprender a ser feliz y valorar lo importante, pero hecho a tiempo para que el balance saliera positivo y poder decir que mi vida valió la pena.

Por último, se propuso a D la tarea de LAS LÍNEAS ROJAS. Se planteó esta tarea para asentar todavía más la valoración de los aspectos realmente importantes y para hacer que D reflexionara acerca de abrirse nuevas oportunidades, dejando de lado su estilo rígido. Con

esta tarea logró ver que lo único por lo que jamás pasaría sería dañar a las personas que más le importan. Además, sirvió como cierre a la terapia, dado que le permitió abrirse nuevos horizontes en todos los ámbitos, reforzando a este nuevo D más flexible, más consciente de sus valores y de sus objetivos vitales.

En esta tarea, se hizo explícita la existencia de un debate dentro del equipo terapéutico, la cual permitió abrir diferentes campos de acción en D. Esta técnica suele resultar muy útil cuando los pacientes tienen un estilo rígido.

CONCLUSIONES

Se puede concluir que, a través del proceso terapéutico llevado a cabo con D, este ha podido alcanzar los objetivos que se marcaba al inicio de la terapia (a recordar, ser más reflexivo y tener menos ansiedad). Pero no solo eso, ya que mediante la terapia narrativa ha podido ir elaborando su historia de vida y dándole a la misma una nueva significación, la cual le ha permitido ir desarrollando una serie de cualidades que le han llevado a un momento vital diferente: con un nuevo establecimiento de prioridades, con unos límites claros respecto a lo que tolera o no en su día a día, con una mayor capacidad de disfrute y, podríamos decir también, con un mayor conocimiento de sí mismo, de su historia. Cabe destacar asimismo la importancia de realizar un trabajo centrado en explicitar la importancia de los valores del paciente en su día a día.

Como terapeuta, este caso me ha permitido enfrentarme a algunos de mis miedos y me ha aportado una nueva visión de los casos que, en un principio, se pueden considerar «difíciles». Creo que, gracias a haber conocido y trabajado con D, valoraré los casos que en un primer momento podría considerar complicados como «historias que descubrir» y retos a los que, o bien sola o con equipo, poder dar una respuesta de ayuda.

BIBLIOGRAFÍA

- Bello, A. & Sánchez, V. M. (2003). Responsabilidad excesiva desde una perspectiva cognitivo-constructivista. Tratamiento de un caso. *Acción psicológica*, 2, (2), 165-172.
- Beyebach, M. & Herrero de Vega, M. (2021). *200 tareas en terapia breve*. Herder.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G., & Selvini Palazzoli, M. (1991). *Paradoja y contraparadoja*. Buenos Aires: Paidós.
- Botella, C. & Gallardo, M. (1999). *El Trastorno Obsesivo Compulsivo*. Servicio de Publicaciones de la UNED.
- Castillo, I., Ledo, H. I., & Del Pino, Y. (2012). Técnicas narrativas: un enfoque psicoterapéutico. *Norte de salud mental*. X(42), 59-66.
- Cruz Fernández, J. P. (2009). Enfoque Estratégico y Formación de Terapeutas. *Terapia Psicológica*, 27(1), 129-142.
- Dolan, Y. (2003). *Trabajo con supervivientes de catástrofes y traumas*. Seminario impartido en el Máster en Terapia Familiar e Intervenciones Sistémicas de la Universidad Pontificia de Salamanca.
- Fernández-Liria, A., Rodríguez-Vega, B., Ortiz-Sánchez, D., Baldor Tubet, I., & González-Juárez, C. (2010). Effectiveness of a structured training program in psychotherapeutic skills used in clinical interviews of psychiatry and clinical psychology residents. *Psychotherapy Research*, 20(1), 113-121.
- Freeman, J., Epston, D., & Lobovits, D. (2001). *Terapia narrativa para niños*. Editorial: Paidós.
- Fruggeri, L., Balestra, F., & Venturelli, E. (2023). *Las competencias psicoterapéuticas*. Editorial: Sentilibros.
- Guidano, V. (2003). *Conversaciones con Vittorio Guidano*. Sociedad Chilena de Terapia Posracionalista. Santiago de Chile.
- Haley, J. (1996). *Aprender y enseñar terapia*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.
- Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., & Clark, D. M. (1989). *Cognitive Behavioural Therapy for Psychiatric Problems: A Practical Guide*. Oxford University Press.
- Hovarth, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working Alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counselling Psychology*, 38, 139-149.
- Imber-Black, E. (2014). Eschewing Certainties: The Creation of Family Therapists in the 21st Century. *Family Process*, 53, 371-379.
- Kaplan, S., & Petetta-Goñi, S. P. (2019). La cámara Gesell, una herramienta de entrenamiento para terapeutas sistémicos. *XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia*. Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires.
- Le Roux, P., Podgorski, C., Rosenbert, T., Watson, W. H., & McDaniel, S. (2011). Developing an outcome based assessment for family therapy training: the Rochester objective structured clinical evaluation (ROSCE). *Family process*, 50(4), 544-560.
- Linares, J. L. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica y Salud*. 18(3), 381-399.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of therapeutic Alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- Martínez-Taboas, A. (2012). La narrativa como guía de vida: las psicoterapias narrativas. *Ciencias de la conducta*. 27(1), 81-102.
- Minuchin, S., & Fishman, D. (1984). *Técnicas en terapia familiar*. Buenos Aires, Argentina. Paidós.
- Sluzki, C. (1992). Transformations: a blueprint for narrative changes in therapy. *Family Process*, 31, 217-230.
- Wittezaele, J.J. & García, T. (1994). *La escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona, España: Editorial Herder.



CASO 2

EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA DE UN SÍNDROME AMNÉSICO TRANSITORIO RECURRENTE

**Anxo Fernández Villar, Cristina García Diez,
Nora Suárez Fuentes, Jennifer Cabaleiro Suárez**

*Psicólogo interno residente (PIR) en Área Sanitaria de Pontevedra y O
Salnés*

Uxía Martínez Hervés

*Médica interna residente (MIR) de Psiquiatría en Área Sanitaria de
Pontevedra y O Salnés*

Beatriz Fernández Malvido

*Facultativa especialista en Psicología Clínica y Tutora PIR en Área
Sanitaria de Pontevedra y O Salnés*

anxo.fernandez.villar@sergas.es

SUMARIO

GALLEGO

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Fernández Villar, A., García Diez, C., Suárez Fuentes, N., Cabaleiro Suárez, J., Martínez Hervés, U., & Fernández Malvido, B. (2024). Evaluación neuropsicológica de un síndrome amnésico transitorio recurrente. *Anuario de Psicología y Salud*, 17, pp. 90-101. <https://copgalicia.gal/secciones/psicologia-e-saude/publicacions>

RESUMEN

Los síndromes amnésicos transitorios son entidades clínicas inusuales en las que se produce una pérdida temporal y brusca de algún proceso asociado a la memoria. La amnesia global transitoria es un síndrome neuropsicológico caracterizado por una repentina amnesia anterógrada que dura menos de 24 horas y que no está acompañada por otras alteraciones cognitivas o síntomas neurológicos. En este artículo se presenta un caso clínico de un síndrome amnésico transitorio recurrente al cual se le ha realizado una evaluación neuropsicológica. El objetivo es la determinación de déficits cognitivos y psicopatológicos que contribuyan a la filiación diagnóstica y ayuden a adecuar la posterior intervención terapéutica.

PALABRAS CLAVE — amnesia, amnesia global transitoria, memoria, evaluación neuropsicológica.

ABSTRACT

Transient amnesic syndromes are rare clinical entities in which there is a sudden, temporary loss of some process associated with memory. Transient global amnesia is a neuropsychological syndrome characterized by sudden anterograde amnesia that lasts less than 24 hours and is not accompanied by other cognitive impairments or neurological symptoms. This article presents a clinical case of a recurrent transient amnesic syndrome in which a neuropsychological evaluation has been performed. The aim is to determine cognitive and psychopathological deficits that contribute to the diagnostic affiliation and help to adapt the subsequent therapeutic intervention.

KEY WORDS — amnesia, transient global amnesia, memory, neuropsychology evaluation.

INTRODUCCIÓN

Los síndromes amnésicos agudos transitorios son eventos clínicos poco frecuentes caracterizados por la pérdida de algún tipo de proceso vinculado a la memoria (Alessandro et al., 2020). Entre ellos, se encuentra la amnesia global transitoria (AGT), un síndrome neuropsicológico caracterizado por una afectación de la memoria anterógrada, y retrógrada variable, sin asociar otras alteraciones cognitivas ni signos de focalidad neurológica. Durante las crisis de AGT, la conciencia, la identidad personal y la atención permanecen conservadas (Toledo et al., 2005). La duración del episodio es menor a 24 horas y tras su resolución los síntomas desaparecen en su totalidad, si bien ciertas alteraciones en la memoria y en las funciones ejecutivas pueden perdurar en los días siguientes a su resolución (Triviño et al., 2021). Los estudios estiman una prevalencia de 3,4-10,4 por 100.000 habitantes, con mayor frecuencia en personas de 60 a 70 años, afectando por igual a hombres y mujeres, y siendo la probabilidad de recurrencia, tras un primer episodio, baja (Alessandro et al., 2020; Triviño et al., 2021).

A pesar de ser una entidad diagnóstica establecida, aún no existe consenso respecto a la etiología de la AGT. No obstante, algunos estudios coinciden en considerarla un puente entre lo orgánico y lo psicógeno (Marín-García y Ruiz-Vargas, 2008). La investigación neuroanatómica se ha centrado en explorar la implicación de estructuras del lóbulo temporal medial relacionadas con la memoria episódica y, en concreto, con el posible daño o disfunción de las zonas CA1 y CA3 del hipocampo. Estas regiones son especialmente vulnerables a la hipoxia, sustancias metabólicas y tóxicas (Alessandro et al., 2020). Además, este tipo de amnesia se ha relacionado con cambios hemodinámicos en el cerebro, así como con la depresión generalizada de la actividad neural causada por las migrañas, siendo estas un factor de riesgo claramente asociado con la apa-

rición de este síndrome (Triviño et al., 2021). Desde el punto de vista psicológico, se ha descrito un perfil de personalidad caracterizado por actitudes fóbicas que, combinadas con un factor precipitante como situaciones de estrés emocional, esfuerzo físico o cambios bruscos de temperatura, pudieran producir una vasoconstricción cerebral y consecuentemente una hipoperfusión transitoria de la función hipocampal (Marín-García y Ruiz-Vargas, 2008; Toledo et al., 2005).

Los pacientes con AGT se han descrito como particularmente sensibles al estrés psicológico. Con frecuencia, los familiares informan de acontecimientos vitales de elevada carga psicológica en el ámbito personal del paciente previos al episodio de AGT (Becquet et al., 2021). Por este motivo, resulta esencial el diagnóstico diferencial con la amnesia psicógena.

La amnesia de origen funcional tiene un inicio agudo limitado a la memoria episódica autobiográfica con una pérdida de la identidad variable. No es frecuente la aparición de amnesia anterógrada. Asimismo, es precedida habitualmente por un desencadenante traumático y presenta un mecanismo subyacente disociativo. Por otra parte, la amnesia psicógena es más frecuente en pacientes más jóvenes que la AGT (menores de 50 años *vs.* mayores de 50 con mayor incidencia en la setentena en el caso de la AGT) (Belloch et al., 2020; Marín-García y Ruiz-Vargas, 2008; Toledo et al., 2005).

Es importante realizar un buen diagnóstico diferencial con otros cuadros orgánicos, principalmente de origen neurológico y vascular. Para el diagnóstico de la AGT deben excluirse traumatismos craneoencefálicos, actividad epileptiforme, accidentes isquémicos transitorios (AIT) e ictus. En la amnesia epiléptica transitoria los episodios son muy breves (menos de una hora) y más recurrentes. Por el contrario, en la AGT es habitual un único episodio, presentando solamente entre un 5 y un 15 % de los pacientes más de un episodio (Belloch et al., 2020; Marín-García y

Ruiz-Vargas, 2008). La amnesia debida a AIT comparte la duración menor a 24 horas y la restitución *ad integrum* con la AGT. Sin embargo, presenta síntomas focales frecuentes como ataxia, alteración sensoriomotora, hemianopsia, nistagmo y disartria, que no suelen observarse en la AGT. También se excluyen daños isquémicos, intoxicación de sustancias o desórdenes metabólicos.

Las características de la AGT son particulares y están asociadas a la amnesia anterógrada. Los pacientes aparentan estar desorientados en el espacio y, sobre todo, en el tiempo; sin embargo, son capaces de usar la información contextual y el conocimiento previo del mundo para hacer inferencias sobre su situación. No producen fabulaciones y durante el episodio son capaces de conversar y hacer tareas complejas, ya que conservan la atención y la capacidad para estar en alerta. Lo más frecuente es que los testigos observen un cambio abrupto en la expresión, actitud o comportamiento del paciente, bien por un aumento o por un descenso de la actividad. En la mayoría de los casos, aparecen como rasgos distintivos preguntas y comentarios repetitivos sobre, por ejemplo, la hora del día, una actividad reciente o sobre cómo han llegado al lugar en el que se encuentran. Los pacientes se sienten extraños e incómodos y saben que les sucede algo, pero no suelen identificar su problema como una pérdida de memoria.

La AGT es frecuente en períodos de estrés y de excesiva carga laboral. Los escenarios en los que esta suele aparecer son: inmersión en agua fría o caliente, natación, experiencias dolorosas, esfuerzo físico, estrés emocional, relaciones sexuales, conducción de vehículos de motor, montar a caballo, viajes en avión, sesiones de examen médico, paseos, trabajos de casa, reuniones de negocios, etc. La mayoría de las veces el individuo está haciendo una actividad rutinaria o automatizada, se encuentra solo o bien acompañado, pero en un contexto que no requiere una comunicación activa, lo que le permite dirigir el foco atencional a sus

propios pensamientos. Algunos autores consideran la activación emocional como un posible factor precipitante. Sin embargo, se tiende a sobreestimar la importancia emocional de cualquier evento que precede a una amnesia. También se ha asociado a la ingesta de diferentes sustancias, como sildenafil, fármaco con efecto vasodilatador prescrito para disfunciones eréctiles. Es importante señalar que el porcentaje de personas que desarrollan una AGT en las que no se encuentra un factor desencadenante es bastante elevado (Marín-García y Ruiz-Vargas, 2008).

Como ya se ha mencionado anteriormente, la AGT no suele ser recurrente, pero alrededor del 15 % de los pacientes pueden padecer varios episodios (Marín-García y Ruiz-Vargas, 2008). Los pacientes con AGT recurrente presentan un mayor riesgo de sufrir ictus en comparación con aquellos que han tenido un solo episodio (Toledo et al., 2005). Además, la migraña se ha asociado con una mayor predisposición a que se repitan nuevos episodios (Alessandro et al., 2020). La recurrencia de AGT en pacientes con riesgo vascular podría estar vinculada a la ateromatosis cerebral, ya que la arteriosclerosis altera la reactividad vascular y favorece la hipoperfusión, afectando áreas especialmente sensibles como el hipocampo (Toledo et al., 2005).

En cuanto al curso de la AGT, este es en general favorable, dado que la incidencia de recurrencia es baja y la recuperación poscrisis suele ser absoluta. Los pacientes que experimentan un único episodio no presentan mayor riesgo de deterioro cognitivo, ictus o epilepsia (Alessandro, et al., 2020). A pesar de ello, ciertas alteraciones en la memoria y en las funciones ejecutivas pueden perdurar en los días siguientes a su resolución, aunque los pacientes perciban una recuperación completa (Marín-García y Ruiz-Vargas, 2008; Triviño et al., 2021). Si bien se puede apreciar una restitución íntegra al cabo de unas semanas, esta puede ser más prolongada e incompleta tras episodios recurrentes (Corral, 2018).

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Varón de 57 años. Casado, padre de tres hijos. Reside con su mujer y un hijo. Escolarización hasta los 16 años. Trabaja como vendedor en una tienda de bricolaje, de ILT el último año y medio.

ANTECEDENTES FAMILIARES

- Abuelo paterno: tumor cerebral.
- Padre: hemorragia cerebral no letal a los 53 años.
- Hermana: cavernoma en tronco cerebral.

ANTECEDENTES PERSONALES RELEVANTES

- No alergias medicamentosas conocidas. Autónomo para las actividades de la vida diaria. Diestro. Presbicia corregida con lentes. Hipertensión arterial. Niega hábitos tóxicos. Intervenciones quirúrgicas: menisco de rodilla bilateral, fisura del tendón de Aquiles, vasectomía.
- Tratamiento domiciliario: Irbesartan/hidroclorotiazida 150mg/12,5mg; Amlodipino 10mg, Tadalafilo 20mg; Escitalopram 10mg.

ANAMNESIS

El paciente ha padecido cuatro episodios repentinos de amnesia transitoria en los últimos dos años. En coincidencia temporal tras el primer episodio, refiere quejas cognitivas que interfieren en su funcionamiento diario.

Acude a consultas de Neurología remitido desde Urgencias tras el primer episodio, donde se realiza una exploración neurológica sin hallar alteraciones significativas. Niega cefaleas, caídas o traumatismos craneoencefálicos previos al inicio de los episodios. Tampoco refiere consumo de tóxicos ni cambios en su tratamiento habitual. Se solicitan pruebas de neuroimagen complementarias (TC, RM y SPECT) y analíticas de sangre, estando los resultados de las mismas dentro de la normalidad, no constata hallazgos patológicos.

Durante el seguimiento por parte de Neurología, el médico de atención primaria del paciente solicita también valoración por Psiquiatría de Unidad de Salud Mental (USM), quienes identifican trastorno de ansiedad con descripciones de síntomas disociativos y se le pauta Escitalopram sin que el paciente perciba mejoría.

Dichos episodios amnésicos se producen sin aparente desencadenante identificado por el propio paciente o los familiares. El primer episodio ocurrió durante un periodo que el paciente vivenció como estresante en lo laboral. Una mañana se encontraba en su coche de camino al trabajo y, horas después, no lograba acordarse de lo sucedido durante ese lapso de tiempo, por lo que llamó a su hija angustiada para que lo recogiera y llevara a Urgencias. En el trayecto hacia al Hospital reiteraba preguntas tratando de orientarse (qué día es, quién lo recogió, donde estaba su nieta, por qué estaba allí, etc.) y, posteriormente, planteaba dudas acerca de preocupaciones laborales (dónde está el móvil de la empresa, quién lo tiene, etc.). Por la noche, encontrándose todavía en Urgencias, la clínica comenzó a remitir espontáneamente, siendo capaz de mantener una conversación coherente, aunque presentando algunas disnomias. Los episodios posteriores se produjeron mientras el paciente se encontraba a solas en su domicilio. En el transcurso de los mismos, los familiares lo hallan en los alrededores de su localidad con sensación de extrañeza respecto a sí mismo, sin saber cómo

había llegado hasta allí, reiterando preguntas y estando visiblemente angustiado.

Tanto el paciente como su acompañante refieren déficits cognitivos transitorios y fluctuantes tras el padecimiento del primer episodio en forma de despistes, olvidos y dificultades para el reconocimiento de personas. Explica que, en ocasiones, no recuerda cómo utilizar algunas herramientas cotidianas o que cuando va a realizar una tarea se despista con otras secundarias y acaba por olvidarse de la primera. También indica que, tras un breve espacio de tiempo en el cual sale a pasear o tomar el aire, estos déficits se resuelven espontáneamente. La mujer corrobora que los déficits son variables y que el paciente se muestra muy obsesivo con estas mermas, rumiando en sus olvidos provocándole una mayor angustia. La percepción del curso de estas quejas considera que es estable, aunque por lo descrito en sus antecedentes impresiona que la interferencia de estos déficits en la funcionalidad es cada vez mayor.

Su estado de ánimo es fluctuante, tendente a la irritabilidad y a la apatía, estando retraído socialmente debido a ello. Experimenta episodios de ansiedad en diversos contextos, manifestándose como sensación de calor, prurito, disnea y agobio. Estos síntomas le generan la necesidad de salir al exterior y le impiden tranquilizarse por sí mismo. Se encuentra preocupado por saber qué es lo que le ocurre y su posible solución, dado que tiene miedo de retornar al trabajo y no poder rendir como antes. Su mujer reafirma su cambio anímico y señala que el paciente se frustra con sus quejas cognitivas, mostrándose más impaciente y susceptible en comparación con su funcionamiento premórbido.

MOTIVO DE CONSULTA

El médico especialista en Neurología que atiende al paciente lo deriva al Programa de Evaluación Neuropsicológica del Servicio de Psiquiatría del Área Sanitaria de Pontevedra

para valoración neuropsicológica. Las consultas fueron llevadas a cabo por un psicólogo interno residente (PIR) con la supervisión directa de la psicóloga especialista en psicología clínica y facultativa especialista encargada del programa.

OBJETIVOS

Realizar una evaluación neuropsicológica para determinar los déficits que padece el paciente y tratar de establecer una orientación diagnóstica considerando los datos aportados por su perfil de personalidad y su perfil psicopatológico.

INTERVENCIÓN

La intervención consistió en una evaluación del estado cognitivo y emocional del paciente mediante el estudio de la historia clínica, entrevistas clínicas mantenidas con el paciente y sus familiares, así como la administración de pruebas y cuestionarios que se han dividido en dos apartados: la valoración cognitiva y la psicopatológica. El paciente firmó el consentimiento informado para incluir su caso en la línea de investigación de Neuropsicología del Servicio de Psiquiatría. Para realizar la valoración cognitiva se han administrado el Addenbrooke's Cognitive Examination III (ACE-III), la prueba Vocabulario de la Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos-IV (WAIS-IV), el Trail Making Test (TMT), el Test de Colores y Palabras (STROOP), el Test de la Figura Compleja de Rey y Prueba de Reconocimiento (RCFT), el Test Auditivo-Verbal de Rey (RALVT) y la prueba Dígitos de la Escala de Memoria de Wechsler - III (WMS-III). Las pruebas realizadas para la valoración psicopatológica y de personalidad han sido el Cuestionario de experiencias disociativas (DES) y el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2).

Los resultados se presentan de manera descriptiva e integrada para facilitar su posterior interpretación y entender de una manera más precisa y representativa el funcionamiento psicológico del paciente. En los anexos se recogen las puntuaciones obtenidas en las distintas pruebas.

La capacidad intelectual premórbida estimada se encontraría en el rango medio. En la valoración cognitiva realizada se constata un déficit en el rendimiento de las pruebas que evalúan velocidad de procesamiento, que podría estar en relación con un estilo de respuesta conservador debido a cierta ansiedad de ejecución y a la tendencia rumiativa del paciente. La puntuación que obtiene en el reconocimiento verbal y visual es significativamente inferior a su grupo normativo, siendo reseñable también que se han percibido ciertas reiteraciones durante la evocación de palabras en la prueba de recuerdo inmediato y que el estilo de copia de la figura compleja de Rey es desorganizado. Los fallos cotidianos referidos tanto por el paciente como su acompañante podrían estar en relación con un bucle rumiativo-ansioso teniendo en cuenta su estado psicopatológico actual. El paciente presenta una imagen favorable de sí mismo, socialmente ajustada a los valores convencionales, pero tiene dificultades para comunicar sus problemas, sin sentirse capaz de resolverlos por sí mismo. Es vulnerable a la sensación de ansiedad, tensión y estrés, generando miedos fóbicos y una importante inquietud interna que le lleva a la inhibición social y al retraimiento. Se ha percibido, así como objetivado, un funcionamiento ansioso-obsesivo que interfiere en la regulación emocional de estados de estrés e inestabilidad psíquica, siendo el tiempo fuera y el escape automático de la situación el afrontamiento conductual que realiza habitualmente. Así mismo, siente malestar social y preocupación en torno a su repercusión en el ámbito familiar y laboral. No supera el punto de corte para considerar un trastorno disociativo, aunque obtiene puntuaciones elevadas en ítems que describen fenómenos de lagunas temporales y

ausencias mentales. Tampoco impresiona que el paciente haya vivenciado estresores que pudiera haber percibido como traumáticos.

Una vez obtenidos los datos recopilados en la evaluación, se realizó una devolución de los resultados al servicio derivante de Neurología. Se decidió también recomendar al psiquiatra que atiende al paciente en la USM que valorara la posibilidad de derivarlo a Psicología Clínica de su Unidad. El motivo de dicha derivación radica en la percepción de un estado psicopatológico alterado que está dificultando el correcto desempeño funcional del paciente en su vida cotidiana. Los objetivos propuestos para la intervención por Psicología Clínica estarían encaminados a lograr una mejor regulación emocional del paciente y valorar la necesidad de una intervención a nivel familiar dadas las repercusiones en la dinámica relacional tras los episodios de AGT.

CONCLUSIONES

La dificultad en la filiación del caso radica en que, como es esperable, el paciente mantiene una laguna amnésica del comienzo de los episodios y que, además, no existen testigos que informen del inicio de los mismos, dado que no se encontraba acompañado en ninguno de ellos. La información acerca de las características de los episodios es aportada por familiares que hallan al paciente durante el padecimiento de las crisis varias horas después de que se hayan comenzado y por los servicios médicos de Urgencias que lo atendieron en el primer episodio.

El paciente ha padecido varios episodios de amnesia transitoria anterógrada corroborados por testigos, que iniciaron abruptamente y se resolvieron en menos de 24 horas. Durante estos episodios no se observa pérdida de la identidad personal ni afectación de otras funciones cognitivas o alteración de la conciencia, aunque sí que se ha encontrado confuso, an-

gustiado y con sensación de extrañeza. En la valoración cognitiva se ha objetivado un bajo rendimiento en pruebas que evalúan velocidad de procesamiento y ciertos errores de reconocimiento y reiteraciones. Así mismo, tras la administración del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (MMPI-2), se constata un perfil de alteraciones psicopatológicas que diversos estudios relacionan con mayor susceptibilidad a padecer AGT al concurrir con eventos estresantes cotidianos.

Con la información recogida el diagnóstico de amnesia psicógena impresiona menos probable debido a no identificarse eventos traumáticos desencadenantes, no verse comprometida la memoria biográfica retrógrada selectiva, la presencia de amnesia anterógrada (no habitual en amnesias funcionales), la edad del paciente (mayor de 50 años) y la duración de los episodios (menor a 24 horas). Así mismo, se le administra la escala DES (Dissociative Experiences Scale) no habiendo superado el punto de corte para considerar un trastorno disociativo, pese a haberse descrito fenómenos de lagunas temporales y ausencias mentales.

Respecto al diagnóstico diferencial de amnesias orgánicas, no se refiere consumo de tóxicos, TCE, factores de riesgo cardiovascular (a excepción de hipertensión arterial) o diagnóstico de epilepsia. Además, las pruebas complementarias y de neuroimagen no han hallado alteraciones patológicas.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto previamente, se concluye que el diagnóstico más probable sea el de una amnesia global transitoria recurrente. En cuanto a su etiología, no parece que exista un origen único para dicha afección y es probable que el desarrollo de este síndrome esté mediatizado por la relación entre múltiples variables orgánicas y psicológicas. Independientemente de la etiología subyacente, la evaluación neuropsicológica ha resultado relevante para realizar un adecuado diagnóstico diferencial y proponer un abordaje terapéutico según las alteraciones y déficits hallados.

BIBLIOGRAFÍA

Alessandro, L., Ricciardi, M., Chaves, H., & Allegri, R. F. (2020). Acute amnesic syndromes. *Journal of the Neurological Sciences*, 413, 116781. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2020.116781>

Becquet, C., Cogez, J., Dayan, J., Lebain, P., Viader, F., Eustache, F., & Quinette, P. (2021). Episodic autobiographical memory impairment and differences in pronoun use: Study of self-awareness in functional amnesia and transient global amnesia. *Frontiers in Psychology*, 12, 624010. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.624010>

Belloch, A., Sandín, B., & Ramos, F. (2020). *Manual de psicopatología* (3a ed., Vol. I, p. 222). Madrid: McGraw-Hill.

Corral Varela, M. (2018). *Evaluación neuropsicológica de la memoria* (pp. 51-52). Editorial Síntesis.

Marín-García, E., & Ruiz-Vargas, J. M. (2008). Amnesia global transitoria: una revisión. I. Aspectos clínicos. *Revista de Neurología*, 46(1), 53-60.

Marín-García, E., & Ruiz-Vargas, J. M. (2008). Amnesia global transitoria: una revisión. II. Análisis neurocognitivo. *Revista de Neurología*, 46(2), 115-122.

Marín-García, E., & Ruiz-Vargas, J. M. (2011). Memoria y metamemoria durante la amnesia global transitoria: estudio comparativo sobre su evolución a largo plazo. *Revista de Neurología*, 53, 15-21.

Triviño Mosquera, M., Arnedo Montoro, M., & Bembibre Serrano, J. (2021). *Neuropsicología a través de casos clínicos* (2a ed., pp. 129-141). Editorial Médica Panamericana.

Toledo, M., Pujadas, F., Purroy, F., Lara, N., Quintana, M., & Álvarez-Sabín, J. (2005). La amnesia global transitoria recurrente, una manifestación de la enfermedad isquémica cerebrovascular. *Medicina Clínica (Barcelona)*, 125(10), 361-365.

ANEXO

ACE-III

Dominio	Puntuación directa
Orientación/Atención	18/18
Memoria	25/26
Fluencia	10/14
Lenguaje	26/26
Visoespacial	16/16
Total	95/100

WAIS-IV (pruebas seleccionadas)

Vocabulario: Pd=30, Pe=11

TMT

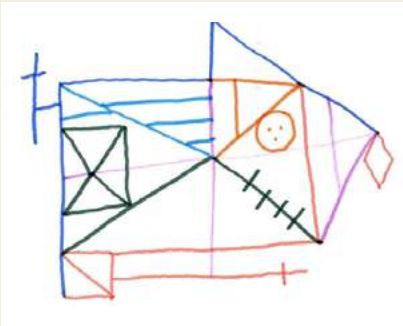
	Tiempo (segundos)	Pe
TMT A	105	4
TMT B	144	7

STROOP

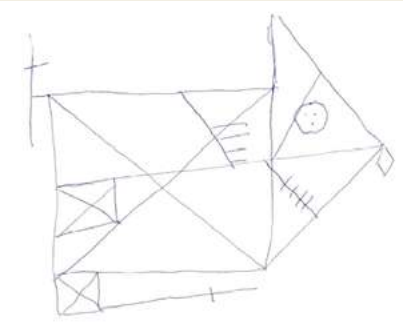
	Pd	Pe
P	54	5
C	50	7
PC	18	5

RCFT (Test de la Figura Compleja de Rey y prueba de Reconocimiento)

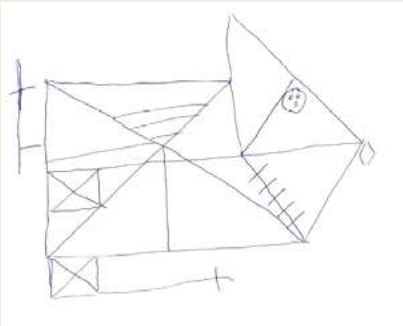
VARIABLE	Pd	Puntuación normalizada
Tiempo de copia	300	Pc >16
Tipo de ejecución	IV: Yustaposición de detalles	Pc <10
Puntuación en copia	36	Pc >16
Memoria inmediata	22	T = 58
Memoria demorada	23	T = 61
Reconocimiento	18	T = 37



Copia



Memoria inmediata



Memoria Demorada

Dibuja la cruz izquierda y continúa con la parte superior del rectángulo, sigue por el diamante de la derecha y luego el cuadrado de abajo (detalles sobre rectángulo no construido en su totalidad). El tipo de copia que realiza es deficiente en cuanto a su planificación.

RALVT (Test Auditivo-Verbal de Rey)

VARIABLE	Pd	T
A1	5	43
A2	8	45
A3	10	47
A4	10	43
A5	11	45
Total A1-A5	44	46
B	7	56
A6	9	47
A7	8	44
Intrusiones	0	> 80
Comisiones	0	56
Repeticiones	10	46
Reconocimiento A	8	< 20
Reconocimiento B	6	54
Falsos positivos (total)	0	61
Equivocación de A di B	1	51
Equivocación de B di A	0	55

WMS-III

Dígitos: DD Pd=7, DI Pd= 6, Pt=13, Pe=9

DES (Cuestionario de experiencias disociativas)

Pd=30 (Punto de corte para valoración de trastorno disociativo=30)

MMPI-2

<i>Crua</i>	10	12	8	23	39	33	24	28	10	44	41	21	49
PNT	71	58	36	68	84	72	50	56	47	74	63	52	75
T	L	F	K	1. Hs	2.D	3. Hy	4. Pd	5. Mf	6. Pa	7. Pt	8. Sc	9. Ma	0. Si

17	17	14	18	19	8	13	19	11	11	14	21	9	26	19
69	79	72	68	72	63	69	66	53	55	68	79	57	77	74
ANX	FRS	OBS	DEP	HEA	BIZ	ANG	CYN	ASP	TPA	LSE	SOD	FAM	WRK	TRT

Codificación del perfil: 2''073'1+8-594/6: L'F/K#



CASO 3

ATENCIÓN PSICOLÓGICA AL FINAL DE LA VIDA EN EL CONTEXTO DEL COVID-19

Ana Amado Mera

*Psicóloga Clínica. Área Sanitaria de Santiago de Compostela y
Barbanza*

ana.amado.mera@sergas.es

SUMARIO

GALLEGO

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Amado Mera, A. (2024). Atención psicológica al final de la vida en el contexto del COVID-19. *Anuario de Psicología y Salud*, 17, pp. 102–109.
<https://copgalicia.gal/secciones/psicologia-e-saude/publicacions>

RESUMEN

En el presente trabajo se pretende explicar y valorar actuaciones desde el campo de la psicología en la situación de pandemia causada por el Coronavirus (COVID-19). Ante la necesidad de dar una respuesta psicosocial a aquellas personas afectadas directamente por la pandemia, el Equipo de Atención Psicosocial-EAPS Cruz Roja, dentro del Programa para la Atención Integral a Personas con Enfermedades Avanzadas, fue solicitado para colaborar por el Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña para dar cobertura a la atención psicológica de los pacientes ingresados por COVID-19 y a sus familiares, durante el proceso de enfermedad y también tras el fallecimiento de su familiar en caso de detectarse factores de riesgo de duelo complicado. El objetivo principal de este trabajo es describir un caso clínico donde se relacionan y aplican los conocimientos básicos para el apoyo psicológico en cuidados paliativos en esta nueva realidad, a través de la intervención por medios telemáticos.

PALABRAS CLAVE — apoyo psicológico, pandemia, duelo, atención a familias.

ABSTRACT

This paper aims to explain and evaluate actions from the field of psychology in the context of the pandemic caused by the Coronavirus (COVID-19). Given the need to provide a psychosocial response to those directly affected by the pandemic, the *Equipo de Atención Psicosocial-EAPS Cruz Roja*, within the Program for *Atención Integral a Personas con Enfermedades Avanzadas*, was requested by the Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña to provide psychological care to patients hospitalized for COVID-19 and their family members, both during the illness and after the death of their family member, in case of detecting risk factors of complicated grief. The main objective of this work is to describe a clinical case where they relate and applied basic knowledge for psychological support in palliative care in this new reality, through intervention by telematic means.

KEY WORDS — psychological support, pandemic, grief, family care

INTRODUCCIÓN

La «Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud» (2007), así como el «Plan Gallego de Cuidados Paliativos» (2014), recogen como aspecto principal el proporcionar una asistencia total e integral al enfermo y familiares y definen una serie de objetivos, dando un peso importante a los aspectos emocionales y psicológicos. Una de las tareas básicas es ayudarles a afrontar y poder integrar esta realidad en sus vidas, ya que los estilos rígidos y la falta de comunicación acerca de las cuestiones emocionales pueden bloquear la adaptación en este momento (Rolland, 2000).

Desde el Equipo de Atención Psicosocial (EAPS) de Cruz Roja-A Coruña, dentro del «Programa para la Atención Integral a Personas con Enfermedades Avanzadas» promovido por La Caixa, se desarrolla una actividad asistencial centrada en la intervención y el apoyo para ayudar a personas con enfermedades avanzadas y sus familias a sobrellevar el proceso de enfermedad. Desde el Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), entre otras funciones, se atiende a las personas que acompañan/cuidan a sus familiares durante una hospitalización, garantizando el soporte a la familia al alta hospitalaria y derivando para una intervención en duelo cuando se requiere.

De este modo, cuando emerge la pandemia del Coronavirus se plantea la alta importancia del acompañamiento a personas afectadas directamente y sus familiares por parte de los profesionales, quienes podemos ayudar a amortiguar las dificultades que surgen como consecuencia, en este caso, de una enfermedad infecciosa grave, de manera que se fortalezcan recursos y resiliencia y se prevenga o aminore la posibilidad de problemas futuros en la elaboración del duelo.

En este artículo se relata el procedimiento de atención a un familiar de una paciente afectada por la enfermedad COVID-19. A través de

esta descripción, se marca como objetivo definir las necesidades personales detectadas para aplicar y relacionar los conocimientos básicos del apoyo psicológico en cuidados paliativos en este nuevo contexto, a través de la intervención por medios telemáticos. Además, se valoran aspectos relativos a la eficacia de la intervención mediante el registro de resultados cualitativos de mejora subjetiva y satisfacción percibida de la atención.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Luis es un varón soltero de 37 años que trabaja en un gabinete de comunicación. Vive en Venezuela y llega a España de vacaciones junto a su madre de 71 años, para estar primeramente en Galicia con unos amigos y después trasladarse a Madrid donde reside una familiar.

MOTIVO DE CONSULTA

Luis es derivado para atención psicológica por el trabajador social del hospital tras ofrecimiento y aceptación del servicio, ya que su madre ha sido infectada por COVID-19 y permanece ingresada en la UCI presentando una mala evolución, lo que hace que se proponga acompañamiento psicológico por criterios de riesgo y complejidad.

OBJETIVOS

- Activar los recursos personales del familiar (capacidad de distracción, autocuidado, actividad social...) dentro de las posibilidades existentes por el confinamiento.
- Promover un manejo de la sintomatología emocional experimentada por el familiar.

INTERVENCIÓN

Se realiza **entrevista inicial** el 31 de marzo de 2020, mediante llamada telefónica al hijo de la paciente. Luis refiere, durante estos primeros días, exceso de activación, alta tensión, nerviosismo, sensación de agitación y taquicardias y una actitud de bloqueo comunicativo. Planteo que no deseo incomodarlo con mis preguntas y que no es necesario que las conteste si no lo desea. Dice no sentirse incómodo. Él ha tenido síntomas leves durante unos días, estaba mal respiratoriamente, pero dice que, desde el ingreso de su madre en UCI y la alerta viviendo la gravedad, le han hecho mejorar y encontrarse más fuerte. Apetito preservado. Sueño alterado con dificultad para la conciliación. Tiene conocimiento sobre la enfermedad y pronóstico de su madre y no necesita más información en este momento. Expectativas ajustadas.

Presenta malestar emocional moderado congruente con la situación, expresa que *«lo peor creo que ya ha pasado, que fue el “shock” inicial de la situación que estamos viviendo»*. La paciente lleva dos días en la UCI y han sido intensos por la espera para la información y la constante vigilancia. Sin antecedentes en salud mental conocidos.

Se encuentra confinado él sólo en un apartamento de alquiler, pero mantiene comunicación con su padre y demás miembros de la familia y también con amistades que le ayudan en este momento tan duro. Informa de buena cohesión y apoyo familiar y social percibido.

Católico no practicante, sus creencias religiosas no suponen un recurso para él. Mantiene esperanza, dice que es lo que ahora le ayuda a seguir.

Durante la sesión se da la oportunidad a Luis de preguntar, expresar sus temores y ser consolado. Recojo y normalizo la experimentación de sentimientos negativos que puede presentar, reforzando sus recursos. Validación y ventilación emocional. Se ofrece la posibili-

dad de seguimiento y la disponibilidad telefónica directa.

Se valora una adaptación moderada a la enfermedad de su madre. Impresiona un buen afrontamiento, pese a que la escasez y limitación de redes sociofamiliares de apoyo por el confinamiento, lo que se señalaría como principal indicador de complejidad del caso.

A los dos días, se realiza una **segunda llamada** para realizar seguimiento. La información que transmiten desde la UCI es mala, aplicarán a la paciente un tratamiento de rescate. Me adapto al ritmo de Luis respetando su esperanza mientras lo acercamos poco a poco a la realidad (*«puede que se recupere, pero sería bueno poder contemplar la posibilidad si no fuese así»*). Informa de que la sensibilidad ante cualquier señal ha ido desapareciendo, refiere mayor tranquilidad, esperanza y aprendizaje de todo lo que está viviendo, considera que esto le ha cambiado, sabe que puede ser una defensa, pero que lo importante es saber si podrá volver a ver a su madre. Expresa cierta negación consciente para afrontar lo que ocurre *«evito pensar»*.

Leve malestar emocional. Mantiene rutinas e interacción con sus principales apoyos.

Escribe una descripción para entender lo sucedido, fomento que también incluya sus propias emociones. Busca un sentido al significado de que esto suceda aquí en Galicia, tierra a la que su madre tiene tanto cariño, y señala *«si la enfermedad acaba con la vida de mi madre, será porque tiene que ser así»*. Elogio su afrontamiento y resiliencia frente a su realidad y aislamiento.

Durante la **tercera y cuarta sesión** Luis se muestra preocupado, con leve inquietud, manifiesta malestar por la situación y por lo que significa tantos días en UCI con mala evolución. Él mantiene incredulidad ante el proceso, aunque con expectativas ajustadas. Continúa con la elaboración simbólica de la situación que está viviendo, explica la importancia de esta tierra para su madre, *«todo parece*



Foto: Magda Ehlers

tener un sentido, aunque muy triste». Proporciono un espacio para la ventilación emocional y fomento apoyos y autocuidado. Agradece la llamada y el poder hablar de la situación que está viviendo.

El 11 de abril desde el hospital nos notifican el *exitus* de la paciente en UCI por COVID-19. Se realiza **llamada de condolencias** al hijo y **valoración inicial de duelo**.

Explica la situación del fallecimiento, conocía la gravedad y mala evolución de su madre, pero mantenía la confianza en una posible recuperación. Cuando le llamaron del hospital para transmitir la mala noticia, estaba hablando por videollamada con su padre en Venezuela y se lo comunicaron a los dos. Actualmente está a la espera de las cenizas y de comenzar los trámites para volver a su país. Consciente

de que aún quedan unas semanas difíciles, de vivir en soledad y permanecer en cuarentena, antes de poder abrazar a su padre.

Malestar ajustado al tiempo, predomina la tristeza, quiere centrarse en el dolor, *«lo necesito»*. Facilito la expresión, que Luis pueda poner palabras a lo que siente, lo que favorece tomar consciencia de los sentimientos que experimenta y ayudarle a aliviarlos. Trabajamos sobre el duelo y la pérdida como reacción adaptativa, como dolor y desafío para continuar la reconstrucción, *«el duelo debe doler para poder sanar»* y se informa de las manifestaciones normales de este proceso. Considera que su madre no tuvo una buena muerte, pero le encuentra sentido a la idea de qué *«ha tenido que ser aquí en A Coruña, tierra de mi abuelo y amada por mi madre, ahora siento que estoy más unido a ellos»*. Se explora mediante narrativas aquellos

hechos que son realmente relevantes y que le han dado significado a su vida.

Continúa el aislamiento por confinamiento, pero mantiene interacción virtual. Buen apoyo social. Autocuidado y descanso preservados. No presenta culpa ni pensamientos invasivos. Buena capacidad para expresar emociones. Percepción de recursos suficientes para afrontar la pérdida. Se normalizan determinados sentimientos ambivalentes sin emitir juicios de valor.

Impresiona buena adaptación general, sin indicadores de duelo complicado en la valoración inicial, basados en los predictores de duelo complicado (SECPAL, 1995). Me muestro disponible. Acordamos seguimiento durante el proceso de estancia en España.

A los pocos días se realiza la **segunda llamada de seguimiento de duelo**. Luis presenta buen ajuste emocional a la situación de pérdida reciente, empezando a concebir como real la muerte de su madre. Expresa sus emociones, pero considera que el aislamiento está haciendo más complejo el proceso y está deseando ver a su familia y amigos, aunque pese a la distancia, se siente muy cerca de ellos. Continúa con sus escritos, ahora más centrados en la ambivalencia de sentimientos asociados a su madre, «*a veces parece que lo estoy escribiendo para ella, me gustaría que pudiera leer lo que la quiero*», trabajamos las emociones y el dolor de la pérdida (Worden, 1997), sin evitar ni negar, identificando y expresando los sentimientos, llegando a exteriorizar aquellos que no logramos verbalizar. Escucho, acojo y valido su afrontamiento y aceptación.

Transcurridos tres días, Luis realiza **llamada de demanda de atención al duelo**. Preocupado por su familia, especialmente por su padre, mantiene largas charlas con él, pero esta espera se le empieza a hacer bastante dura y también muy lenta. Leve ansiedad.

Su discurso refleja su malestar por lo que su madre se está perdiendo y porque piensa que

ella aún habría podido vivir muchas más cosas. Trabajamos sobre el presente, su bienestar actual, sus apoyos en aislamiento. También sobre el legado de su madre en todos ellos: «*aprender a encontrar un significado y un valor positivo ante la adversidad*» (Barbero et al., 2016). Se utilizan recursos y habilidades como la escucha activa, ventilación y validación de emociones, reconocimiento de recursos personales y afrontamiento funcional.

Último seguimiento en duelo del caso Luis. Ayer le han llevado las cenizas de su madre y ha tenido que realizar las gestiones de defunción, lo que ha hecho real lo que ha sucedido. Además, está realizando los trámites para poder volver a Venezuela a través del consulado, ante esto, expresa que no siente un deseo ansioso por que esto ocurra, ni tiene prisa por trasladarse a Madrid a la espera del vuelo. Identificamos la interpretación y el significado que para él tiene «el estar aquí», encontramos un sentido a que el fallecimiento fuera en Galicia, tierra significativa para su familia y ahora para siempre importante. Habla de una «morriña galega» de su familia y que ahora estará presente como forma de transcendencia.

Consulta emotiva donde expresa sus pasos en la elaboración del proceso de duelo. Mejoría en ansiedad, siente más tranquilidad, como que «*todo lo que había que hacer, está hecho*». Ha dejado de escribir su «*cuaderno de la ausencia*», dice que ahora no lo necesita, que mantiene su mente en orden y se siente más tranquilo y con alivio.

Se valora un proceso de duelo adaptativo, donde no existen indicadores de complejidad ni aparece culpa. Recuerdo disponibilidad. Se le plantean cuestiones sobre el proceso de intervención como, por ejemplo: utilidad del acompañamiento, «*¿te han ayudado estas consul-*

tas?» o «¿cuáles han sido las mejoras?». Refiere satisfacción y gratitud por el acompañamiento.

CONCLUSIONES

La primera valoración sobre la adaptación de nuestra intervención psicológica, centrada en la atención integral ante la situación específica de pandemia, es muy positiva a diferentes niveles. La aplicación de los conocimientos básicos, habilidades y procedimientos para el apoyo psicológico en final de vida y cuidados paliativos refleja unos resultados cualitativos positivos evaluados a través de la mejora clínica de los familiares atendidos y la satisfacción expresada por la intervención y el acompañamiento.

En general, comprobamos que dotar a la familia de la información que requiere en cuanto al proceso y colaborar en que puedan pensar sobre la mejor manera de hacer frente a este desafío facilita que puedan afrontar de manera más positiva la incertidumbre y el miedo. También en duelo encontramos características comunes entre contexto COVID-19 y final de vida. En la elaboración del duelo se normalizan las reacciones emocionales habituales evitando patologizar el proceso y se valoran los factores de riesgo para prevenir duelos complicados.

Las actuaciones expuestas se fundamentan en la evidencia disponible en el momento actual, basándose en los resultados obtenidos en estudios sobre enfermedad avanzada que nos permiten afirmar que las intervenciones psicosociales mejoran el sufrimiento de los pacientes y su familia (Mateo et al., 2013; Barbero et al., 2016).

Por ello, parece que las intervenciones dirigidas a la atención a la salud mental y a la espiritualidad de personas con enfermedad avanzada, apoyar un afrontamiento adecuado y la ayuda psicológica a la familia, podrían incorporarse en cierta medida y ser útiles para

apoyar a personas y familiares afectadas por COVID-19.

El caso presentado requería intervención por existir factores de vulnerabilidad: familiar de paciente con COVID-19 en UCI, aislamiento por confinamiento, malestar clínicamente significativo, vulnerabilidad social o factores de riesgo de duelo complicado.

La valoración en función de la complejidad, la exploración del estado psicopatológico, la escucha activa, la ventilación emocional, la validación, la normalización, las habilidades de comunicación, el entrenamiento en solución de problemas, la reestructuración cognitiva, el fomento del autocuidado, la historia vital, o el asesoramiento y la gestión de recursos sociales fueron algunas de las técnicas ejecutadas durante las entrevistas realizadas.

La acogida de la intervención fue positiva y las entrevistas telefónicas, pese a lo anómalo, se desarrollaron con normalidad. Se fundamenta la especial relevancia de la comunicación paraverbal (entonación, silencios, claridad), ya que, en ausencia del contacto directo con el interlocutor, es la que transmite la dimensión emocional de nuestra relación con el receptor.

Una vez concluidas las intervenciones, para efectuar un análisis cualitativo, el terapeuta plantea al familiar preguntas abiertas sobre la valoración por su parte del seguimiento psicológico y actuaciones realizadas (utilidad/beneficio). Expresaron una buena receptividad al apoyo psicológico y han referido satisfacción y gratitud con la ayuda proporcionada y alivio en el malestar subjetivo.

El trabajo realizado se enmarca dentro de un modelo humanista centrado en las personas y en sus necesidades, velando por el cumplimiento de sus derechos humanos, como el derecho a la salud, a los cuidados paliativos, a la autonomía del paciente o a la protección de sus datos personales.

Con el presente trabajo se concluye que las valoraciones y experiencias explicadas son útiles

a nivel descriptivo, ya que son específicas de un contexto determinado y de un momento concreto; se trata de un trabajo sobre la práctica asistencial que no pretende clarificar actuaciones o procedimientos, sino aportar las prácticas expuestas; donde **la aplicación de estrategias de final de vida funcionan y han resultado positivas en contextos destinados a la atención psicológica con afectados de COVID-19**. Se necesitarían estudios para obtener hallazgos que respalden ampliamente las intervenciones para promover el apoyo no presencial en los familiares para aliviar su malestar o prevenir consecuencias clínicamente significativas.

BIBLIOGRAFÍA

Barbero Gutiérrez, J., Gómez-Batiste, X., Maté Méndez, J. & Mateo Ortega, D. (2016). *Manual para la atención psicosocial y espiritual a personas con enfermedades avanzadas*. Barcelona, Obra Social “la Caixa”.

Barreto, P., & Martínez, E. (2009). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en enfermos terminales. En: Pérez-Álvarez, M., Fernández, J., Fernández, C., & Amigo, I. *Guía de Tratamientos Psicológicos eficaces II: Psicología de la Salud* (pp. 243-254). Madrid: Pirámide.

Mateo-Ortega, D., Gómez-Batiste, X., Limonero García, J.T., Martínez Muñoz, M., Buisan, M. & De Pascua, V. (2013). Efectividad de la intervención psicosocial en pacientes con enfermedad avanzada y final de vida. *Psicooncología*, 10(2-3), 299-316.

Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud*. Madrid.

Equipo de Soporte de Cuidados Paliativos (ESPH) del H.U. 12 de Octubre. (2020). *Protocolo de Intervención Psicológica Paliativa telefónica a familiares de pacientes con coronavirus en situación de últimos días (SUD)*.

Rolland, J.S. (2000). *Familias, enfermedad y discapacidad: una propuesta desde la terapia sistémica*. Barcelona, Editorial Gedisa.

Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (1995). *Guía SECPAL*. Madrid. http://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos-1. Recuperado el 20 de mayo de 2016.

Worden, J. W. (1997). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona, Paidós.

Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade (2014). *Plan Galego de Coidados Paliativos*. Santiago de Compostela.

TRABAJO PREMIADO EN LAS XXVIII JORNADAS
DE PSICOLOGÍA Y SALUD DEL COPG

PÓSTER

GRUPOS DUELO PERINATAL

Andrea Navarro Marcos, Marta Yáñez Vicente, Andrea Puime Pérez, Ana Asunción Canle de Andrés y Fátima Álvarez Martínez.

Residentes de Psicología Clínica. Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro (HAC). Área Sanitaria de Vigo

andrea_set@hotmail.com

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Navarro Marcos, A., Yáñez Vicente, M., Puime Pérez, A., Canle de Andrés, A. A., & Álvarez Martínez, F. (2024). Grupos duelo perinatal [Póster]. *Anuario de Psicología y Salud*, 17, pp. 110–114. <https://copgalicia.gal/seccions/psicologia-e-saude/publicacions>

SUMARIO

GALLEGO

INTRODUCCIÓN

La pérdida perinatal constituye una experiencia emocionalmente dolorosa, cuyo duelo se puede alargar y frecuentemente se lleva de forma silenciosa (López e Iriondo, 2008). Además de la pérdida real del bebé, representa múltiples pérdidas para los familiares (representación simbólica del hijo, proyecto de pareja/familia...) (Brier, 2008; Côte-Arsenault y Denney-Koelsch, 2011). Dada la particularidad de este duelo, la falta de reconocimiento y los escasos ritos de despedida, existe un riesgo elevado para la elaboración del duelo (Álvarez et al., 2012; Pastor Montero, 2016). Esta elaboración no es solo cuestión de tiempo, sino que exige un trabajo interior (Juri, 2006) que conlleva hacer algo con ese dolor, no solo esperar a que pase el tiempo, con una actitud activa por parte de la persona en duelo (Worden, 2004). Por ello, es necesario que se sientan acompañados y apoyados emocionalmente con la finalidad de favorecer respuestas adaptativas al proceso de duelo (Álvarez et al., 2012; Pastor Montero, 2016).

MÉTODO Y RESULTADOS

La muestra cuenta con un total de 16 pacientes: 14 mujeres (87,5 %) y 2 hombres (12,5 %),

con edades entre los 30-35 años (37,5 %), 36-40 años (50,0 %) y mayores de 40 años (12,5 %). Las semanas de embarazo están comprendidas entre las 15-20 (31,3 %), 21-25 (18,8 %) y más de 25 (50 %).

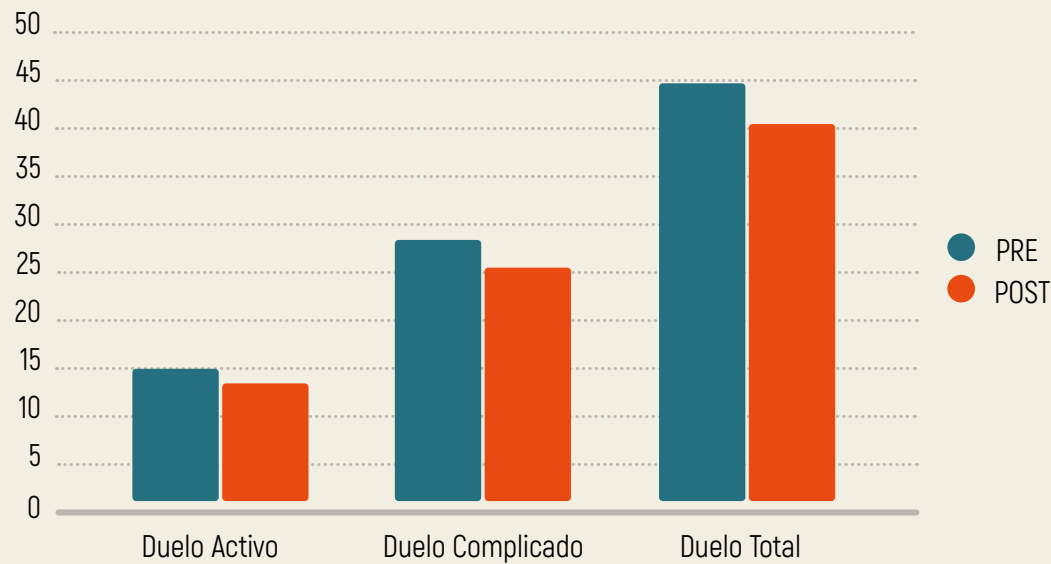
Para el análisis de los resultados, tras realizar la prueba de normalidad, se aplica una T-de Student para comparar los resultados obtenidos en el pre-post en la Escala de Dó Perinatal y en la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo.

Los resultados muestran que existen diferencias significativas ($p < 0,05$) entre las medidas pre y post del grupo terapéutico, objetivando un descenso en las siguientes variables: duelo activo, posibilidad de duelo complicado, intensidad del duelo y depresión posparto (Gráfico 1 y 2).

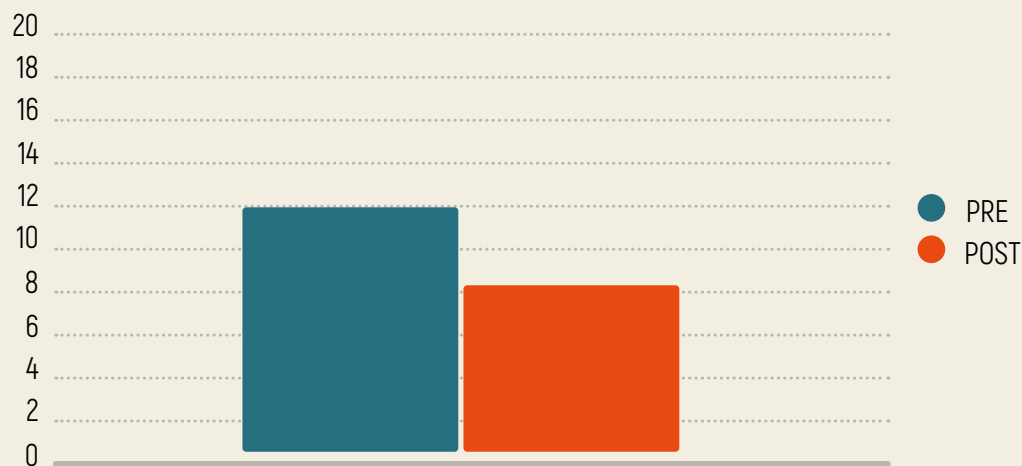
PROGRAMA ATENCIÓN CONTINUADA

Esta intervención se decide realizar en un marco grupal con el objetivo de ofrecer a los pacientes la posibilidad de percibir realidades

Comparación medidas pre-post Escala de duelo Perinatal



Comparación medidas pre-post Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo



y sentimientos similares a los propios, sin sentirse juzgados.

El grupo de duelo perinatal se lleva a cabo en el HAC por parte de las Residentes de Psicología Clínica.

Se realizan 7/8 sesiones con frecuencia quincenal y duración de 1:30 h con un máximo de 8/10 participantes (madres y padres). Hasta la fecha se han realizado tres grupos terapéuticos.

Sesiones

- 1/ Evaluación Pre, presentación participantes y encuadre del grupo.
- 2/ Proceso de maternidad/paternidad.
- 3/ Emociones asociadas al proceso de duelo perinatal.
- 4/ Autocuidado.
- 5/ Entorno social, apoyo percibido.
- 6/ Futuras maternidades/paternidades.
- 7/ Cierre, balance del grupo, despedida. Evaluación Post.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos objetivan mejoría en las diferentes escalas tras la intervención en grupo de duelo perinatal, tanto en la escala de duelo perinatal como en la escala de depresión posparto. Estos resultados son acordes con los reflejados por los pacientes a nivel cualitativo al finalizar los grupos.

Como limitaciones nos gustaría añadir que no hay un grupo control con el que comparar dichos resultados, por lo que no es posible conocer la influencia de otras variables en estos.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, M., Claramunt, M. A., Carrascosa, L. G. & Silvente, C. (2012). *Las voces olvidadas. Pérdidas gestacionales tempranas*. Santa Cruz de Tenerife, España. OB STARE.

Brier, N. (2008). Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. *Journal of Women's Health*, 17(3), 451-464. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0505>

Côté-Arsenault, D. & Denney-Koelsch, E. (2011). "My Baby Is a Person": Parents' Experiences with Life-Threatening Fetal Diagnosis. *Journal of Palliative Medicine*, 14(12), 1302-1308. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0165>

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786.

Paramio Cuevas, J. C. (2016). *Adaptación transcultural y evaluación psicométrica de la escala de duelo perinatal* [Tesis de doctorado no publicada]. Universidad de Cádiz.

Juri, L. (2006). Duelos intersubjetivos: el duelo segregado de Charles Darwin. *Aperturas Psicoanalíticas*, 23.

López, A. & Iriondo, O. (2018). Sentir y pensar el duelo perinatal: acompañamiento emocional de un grupo de padres. *Revista Clínica Contemporánea*, 9, e25, 1-24. <https://doi.org/10.5093/cc2018a21>

Pastor Montero, S. M. (2016). *Abordaje de la pérdida perinatal. Un enfoque desde la investigación acción participativa* [Tesis de doctorado no publicada]. Universidad de Alicante.

Worden, J. W. (2004). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.

GRUPOS DUELO PERINATAL

Residentes Psicología Clínica: Andrea Navarro Marcos, Marta Yañez Vicente, Andrea Puime Pérez, Ana Asunción Canle de Andres y Fátima Álvarez Martínez
Hospital Universitario Álvaro Cunqueiro (HAC)



SERVIZO
GALEGO
DE SAÚDE

ÁREA SANITARIA DE VIGO

INTRODUCCIÓN

La pérdida perinatal constituye una experiencia emocionalmente dolorosa, cuyo duelo se puede alargar y frecuentemente se lleva de forma silenciosa (López y Iriondo, 2008). Además de la pérdida real del bebé, representa múltiples pérdidas para los familiares (representación simbólica del hijo, proyecto de pareja/familia...) (Brier, 2008; Côte-Arsenault y Denney-Koelsch, 2011). Dada la particularidad de este duelo, la falta de reconocimiento y los escasos ritos de despedida existe un riesgo elevado para la elaboración del duelo (Álvarez, Claramunt, Carrascosa y Silvente, 2012; Pastor Montero, 2016). Esta elaboración no es sólo cuestión de tiempo, sino que exige un trabajo interior (Juri, 2006), que conlleva hacer algo con ese dolor, no solo esperar a que pase el tiempo, con una actitud activa por parte de la persona en duelo (Worden, 2004). Por ello, es necesario que se sientan acompañados y apoyados emocionalmente con la finalidad de favorecer respuestas adaptativas al proceso de duelo (Álvarez, Claramunt, Carrascosa y Silvente, 2012; Pastor Montero, 2016).

MÉTODO Y RESULTADOS

La muestra cuenta con un total de 16 pacientes: 14 mujeres (87,5%) y 2 hombres (12,5%), con edades entre los 30-35 años (37,5%), 36-40 años (50,0%) y mayores de 40 años (12,5%). Las semanas de embarazo están comprendidas entre las 15-20 (31,3%), 21-25 (18,8%) y más de 25 (50%).

Para el análisis de los resultados, tras realizar la prueba de normalidad, se aplica una T-de Student para comparar los resultados obtenidos en el pre-post en la Escala de Dó Perinatal y en la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo.

Los resultados muestran que existen diferencias significativas ($p < 0,05$) entre las medidas pre y post del grupo terapéutico, objetivando un descenso en las siguientes variables: duelo activo, posibilidad de duelo complicado, intensidad del duelo y depresión postparto (Gráfico 1 y 2).

Gráfico 1: Comparación medias pre-post Escala de Dó Perinatal

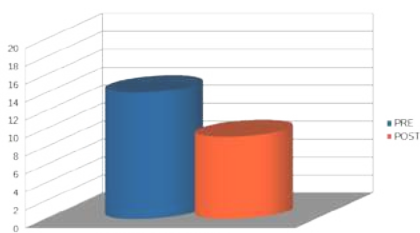
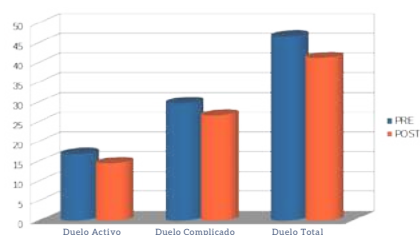


Gráfico 2: Comparación medias pre-post Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo

PROGRAMA AC

Esta intervención se decide realizar en un marco grupal con el objetivo de ofrecer a los pacientes la posibilidad de percibir realidades y sentimientos similares a los propios, sin sentirse juzgados.

El grupo de duelo perinatal se lleva a cabo en el HAC por parte de las Residentes de Psicología Clínica.

Se realizan 7/8 sesiones con frecuencia quincenal y duración de 1:30h con un máximo de 8/10 participantes (madres y padres). Hasta la fecha se han realizado tres grupos terapéuticos.

SESIONES

1. Evaluación Pre, presentación participantes y encuadre del grupo.
2. Proceso de maternidad/paternidad.
3. Emociones asociadas al proceso de duelo perinatal.
4. Autocuidado.
5. Entorno social, apoyo percibido.
6. Futuras maternidades/paternidades.
7. Cierre, balance del grupo, despedida. Evaluación Post.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos objetivan mejoría en las diferentes escalas tras la intervención en grupo de duelo perinatal, tanto en la escala de duelo perinatal como en la escala de depresión postparto. Estos resultados son acordes con los reflejados por los pacientes a nivel cualitativo al finalizar los grupos.

Como limitaciones nos gustaría añadir que no hay un grupo control con el que comparar dichos resultados, por lo que no es posible conocer la influencia de otras variables en estos.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, M., Claramunt, M. A., Carrascosa, L. G. y Silvente, C. (2012). *Las voces olvidadas. Pérdidas gestacionales tempranas*. Santa Cruz de Tenerife, España: OB STARE.
- Brier, N. (2008). Grief following miscarriage: a comprehensive review of the literature. *Journal of Women's Health*, 17(3), 451-464. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0505>
- Côte-Arsenault, D. y Denney-Koelsch, E. (2011). 'My Baby Is a Person': Parents' Experiences with Life-Threatening Fetal Diagnosis. *Journal of Palliative Medicine*, 14(12), 1302-1308. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0165>
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 150(6), 782-786.
- Cuevas, J. C. P. (2016). *Adaptación transcultural y evaluación psicométrica de la escala de duelo perinatal* [Tesis de doctorado no publicada], Universidad de Cádiz.
- Juri, L. (2006). Duelos intersubjetivos: el duelo segregado de Charles Darwin. *Aperturas Psicoanalíticas*, 23.
- López, A. y Iriondo, O. (2018). Sentir y pensar el duelo perinatal: acompañamiento emocional de un grupo de padres. *Revista Clínica Contemporánea*, 9, e25, 1-24. <https://doi.org/10.5093/cc2018a21>
- Pastor Montero, S. M. (2016). *Abordaje de la pérdida perinatal. Un enfoque desde la investigación acción participativa* [Tesis de doctorado no publicada], Universidad de Alicante.
- Worden, J. W. (2004). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia* (2a Ed.). Barcelona, España: Paidós Ibérica.

Nº17 Revista Oficial de la Sección de Psicología y Salud del COPG

OBJETIVO DE LA PUBLICACIÓN

El Anuario fue, y es, una publicación abierta. Nace con el propósito de dar voz y oído, de invitar a la reflexión de los que escriben y de los que leen, sobre temas de interés para la Psicología Clínica.

Cada número se vertebra sobre un tema central, enfocado desde diversos ángulos, incluyendo áreas de conocimiento ajenas a la propia, pero que pueden aportar nuevos mapas.

PERIODICIDAD DE LA PUBLICACIÓN

Publicación de carácter anual.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

AUTORES DE LOS ARTÍCULOS DEL MONOGRÁFICO

Los artículos serán solicitados a los autores por parte del Equipo de Redacción del Anuario, los textos deben ser originales y el estilo será libre, siguiendo el objetivo general marcado por el Equipo.

LA EXTENSIÓN máxima será de 17 páginas, letra Times New Roman, tamaño 12, interlineado sencillo.

LA ESTRUCTURA del artículo será la siguiente:

- Título.
- Autor, lugar de trabajo e e-mail de contacto.
- Resumen (150 palabras) en español o gallego y en inglés.
- Palabras clave: entre 3 y 5, en español o gallego y en inglés.
- Bibliografía estilo APA: mínimo de 5 referencias bibliográficas.

ANUARIO ABIERTO: CASOS CLÍNICOS

Se incluirán descripciones de uno o más casos clínicos que supongan una aportación al conocimiento de la psicopatología o de la intervención psicoterapéutica.

LA EXTENSIÓN máxima del texto será de 15 páginas, letra Times New Roman, tamaño 12, interlineado sencillo.

LA ESTRUCTURA del Caso Clínico deberá ser la siguiente:

- Título.
- Nombre apellidos de los autores, centro de trabajo y un e-mail de contacto.
- Resumen (150 palabras): en gallego o español, y en inglés.
- Palabras clave: entre 3 y 5, en gallego o español, y en inglés.
- Introducción.
- Datos sociodemográficos.
- Motivo de consulta.
- Objetivos.
- Intervención.
- Conclusiones.
- Referencias bibliográficas: según la normativa de la APA, con un mínimo de 5 referencias bibliográficas.

ANUARIO ABIERTO: ARTÍCULOS LIBRES

Se incluirán trabajos originales en los que se describan trabajos de investigación o revisiones teóricas de temáticas psicológicas, desde un punto de vista clínico o asistencial.

LA EXTENSIÓN máxima del texto será de 15 páginas, letra Times New Roman, tamaño 12, interlineado sencillo.

LA ESTRUCTURA de la Comunicación Libre deberá ser la siguiente:

- Título.
- Nombre y apellidos de los autores, centro de trabajo y un e-mail de contacto.
- Resumen (150 palabras): en gallego o español, y en inglés.
- Palabras clave: entre 3 y 5, en gallego o español, y en inglés.
- Introducción.
- Conclusiones.
- Referencias bibliográficas: según la normativa de la APA, con un mínimo de 5 referencias bibliográficas.