



Manuel Gurpegi, navarro de Andosilla y catedrático de Psiquiatría en Granada, en su despacho de trabajo.

Manuel Gurpegi Fernández de Legaria | Catedrático de Psiquiatría

“La desesperanza es el factor clave en el suicidio, más que la tristeza”

Acostumbrado a escuchar, parte fundamental de su trabajo, este psiquiatra habla sin hacer perder interés al que está al otro lado, en una conferencia, una clase, una entrevista... Porque de lo que sabe es del ser humano, de su mente, de sus problemas y de cómo dar luz en esos pozos oscuros en los que sus pacientes se hunden. Habla en esta entrevista de la esquizofrenia, del suicidio, de su confianza en la persona y de su infancia, cuando iba a recoger espárragos en Andosilla, su pueblo

TEXTO **MARIALUZ VICONDOA**
FOTOGRAFÍA **DN**

A CUBA, ni más ni menos que a Cuba, ha ido el psiquiatra navarro Manuel Gurpegi a hablar del tabaco. Ha sido, entre más de 400 participantes, uno de los seis españoles, y el único navarro, en participar en el Congreso Cubano de Psiquiatría, desarrollado durante el mes de marzo. A la cita, organizada por la Sociedad Cubana de Psiquiatría, asistieron diferentes autoridades sanitarias del país organizador. Acostumbrado a la asistencia y a la organización de congresos, para Manuel Gurpegi (nacido en Andosilla hace 67 años) este tenía un interés especial, el de acercarse a la sociedad cubana. “Para que Cuba se abra al mundo y el mundo se abra a Cuba”, explicó en entrevista telefónica desde Granada. Este psiquiatra les habló del “Consumo del tabaco y los trastornos psiquiátricos”, un tema en el que trabaja desde hace veinte años. También intervino con una conferencia centrada en el cannabis co-

mo elemento acelerador en el desarrollo de la psicosis en general y de la esquizofrenia en particular en personas proclives a ello. “El cannabis tiene un efecto precipitador en la psicosis (y en la esquizofrenia, que es la psicosis más importante), aunque hay individuos más proclives a ella. Hay personas que, si no hubieran consumido, no les habría aparecido la enfermedad”, dice.

¿En qué medida influye la genética en los trastornos psiquiátricos?

La esquizofrenia es multifactorial. Y, aunque genéticamente hay individuos vulnerables, la genética no lo es todo, aunque sí es una parte. Si solo afectara la genética, dos gemelos idénticos tendrían que tener esquizofrenia si uno la padece. El 1% de la población general mundial tiene esquizofrenia en algún momento de su vida. Si tienen un hermano que la padece, la posibilidad es del 10/15%, y si es gemelo, del 50%. La genética cuenta mucho, pero no lo es todo. Para

quien está predispuesto a sufrir esquizofrenia el cannabis actúa como agente acelerador. Pero en ese caso es más fácil su curación y el pronóstico es más optimista que el que tiene un paciente que desarrolla la enfermedad sin haberlo consumido.

Trabaja sobre la asociación entre el tabaco y los trastornos psiquiátricos. Si es tan perjudicial, ¿no debería ser más restrictivo?

Los anuncios en las cajetillas ya son suficientemente impresionantes. Pero eso no parece tener efecto. Las leyes restrictivas para fumar en los lugares públicos sí han reducido el consumo. Pero si se prohibiera en general aparecería la clandestinidad. Creo que se están haciendo bien las cosas. Se ha restringido mucho la publicidad. Ahora hay una comunicación mayor sobre el efecto perjudicial. Antes el no fumador era el tipo especial. Ahora ocurre al revés. Yo he vivido la época en que un médico ofrecía un cigarrillo a un paciente como una forma de aproximación en la consulta. En unos tiempos fumar era una forma en el hombre de hacerse adulto y en la mujer, de ser moderna.

Catedrático de psiquiatría. Habrá que hablar de su infancia. ¿Cómo fue?

Soy hijo de un pequeño agricultor. De niño he ido a recoger alcachofas, espárragos, frutas, he ido a vendimiar, a la era cuando se trillaba... He crecido en un ambiente rural. Me gustaba mucho y me atraía ser ingeniero agrícola y el cine... Pero opté por la Medicina que incluía un ingrediente científico y humanitario.

Como terapia regresará a sus orígenes alguna vez. Pero, ¿físicamente?

Cada verano visito Navarra, tengo la casa en Andosilla y en San Adrián vive mi hermana. Me gusta volver con mis hijos.

¿Cómo terminó en Granada?

“Se puede ser feliz incluso en situaciones adversas”

¿Hay abuso de antidepressivos?

No. Pero puede que lo haya de ansiolíticos e hipnóticos. Conviene no abusar de ellos, pero no se puede ser fundamentalista y poner en la picota a quien los use. Hay que ser prudente y utilizarlos siempre por recomendación médica. Los antidepressivos no tienen potencial adictivo, no enganchan. Los tranquilizantes y las pastillas para dormir, sí. Por eso hay que usarlos con cautela.

¿Qué hacer contra la tristeza?

Compartirla, tener a alguien con quien hablar. Es terrible la persona que está sola. Tener familiares o amigos es fundamental en la vida. Hay motivos para la tristeza, por una pérdida importante o una decepción. En esos casos es normal sentir tristeza, casi diría que es sana. Otras veces hay una tristeza excesiva, desproporcionada con las circunstancias que la causan. Y hay una tristeza que ya es patológica, síntoma de una enfermedad. La más característica de estas enfermedades es la depresión. La tristeza, junto con la apatía y la falta de interés por las cosas son signos de la depresión. Si hay depresión (que no sea solo tristeza), aunque sea leve, los antidepressivos son una ayuda estupenda, son fármacos que se introdujeron a principios de los años 60.

¿Cuándo una persona debe acudir a consulta?

En general, uno pide ayuda cuando se ve desbordado por diferentes circunstancias. El psiquiatra le dará tratamiento farmacológico pero también ayuda psicoterapéutica. La primera entrevista ya es te-

rapéutica y, por desgracia, puede ser antiterapéutica. Si el paciente se siente escuchado, bien atendido... El solo hecho de que alguien le preste atención ya tiene efecto reparador. Por eso la relación médico-paciente es sanadora de por sí, cuando no es dañina.

La importancia de escuchar

La terapia consiste en hablar y escuchar, pero también en mirar y observar. El lenguaje son las palabras y mucho más, la manera de mirar, de aproximarse, de conducir la interacción... Ya decía Álvaro d'Ors: “Las nuevas tecnologías nos acercan a los lejanos y nos alejan de los cercanos”.

¿Qué hace falta para ser feliz?

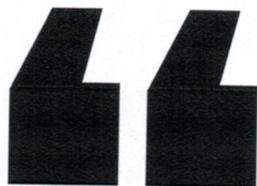
Es la gran pregunta que se ha hecho la humanidad. La felicidad no solo es no estar triste. Se puede ser feliz incluso en situaciones adversas. La clave de la felicidad es tener algo más allá de uno mismo. Si la vida de uno gira alrededor de su ombligo, aunque tenga todo, será un desgraciado. Viktor Frankl (“El hombre en busca del sentido”) hablaba de la importancia de buscar el sentido de la vida para ser feliz y soportar la adversidad incluso en un campo de concentración. Si uno tiene una razón para vivir las adversidades se superan. Hay que tener una proyección más allá de uno mismo.

Entonces, ¿un egoísta no es feliz?

Un egoísta es un desgraciado

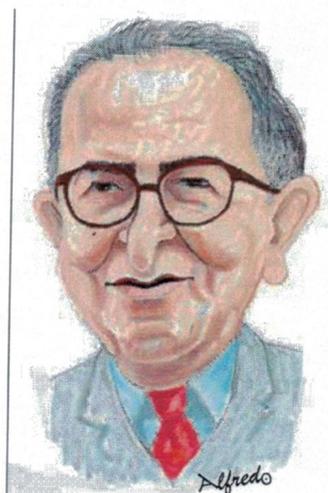
Así que hay que mirar hacia fuera aunque sea por egoísmo

Sí, a la larga, sí, porque será la única forma de ser feliz.



“Por mucho que avance la tecnología, el paciente nunca estará contento si no se le escucha ni se le mira. Si eres incapaz de tratar bien al paciente, mejor que cambies de oficio”

“Cuando uno cuelga la bata, hay que dejar ahí los problemas de los pacientes. Es parte del entrenamiento del profesional”



EL TEST

Una película. Dersu Uzala, El Cazador, de Akira Kurosawa; Blancanieves, de Pablo Berger; y Un hombre para la eternidad, de Fred Zinnemann, la he visto muchas veces, sobre la vida de Tomás Moro.

Una música. El Mesías, de Haendel.

Unas vacaciones ideales. En el campo, me gusta la montaña, más que playa.

Un libro. De historia, soy aficionado a las biografías. El último que he leído ha sido la autobiografía de Stefan Zweig, El mundo de ayer.

Admira a... A mucha gente. En particular, admiro a Juan Pablo II. He leído una biografía. También admiro a un buen amigo que está en Pamplona que dice que es psiquiatra por mi influencia, Benito Peral.

Una manía. Tengo el defecto de que dejo las cosas casi para última hora. Me regañan mi mujer y mi secretaria de departamento.

Estudié en la Universidad de Navarra. Yo era aplicado, iba a clase y tomaba apuntes con calco para pasarlos a otros compañeros. Al acabar la carrera me fui dos meses a Alsasua de médico. Ganaba mucho más que de residente después. Atendía varias empresas de la zona en lo que fue mi primera salida al mundo profesional. Hice la residencia para especializarme en Psiquiatría, en la Universidad de Navarra, porque pensé que esta especialidad contemplaba una parte humanística de la persona. Nunca me he arrepentido y siempre he mantenido el afán de estudio con los pacientes. A la vez que era residente hice la tesis doctoral con ratones sobre los efectos de unos fármacos en el cerebro. Después fui contratado en la Clínica Universitaria. Una beca Fulbright en EE UU me permitió conocer el mundo profesional al que había tenido acceso por las revistas. A la vuelta de América vi un anuncio en el BOE donde se anunciaba una plaza de profesor titular de Psiquiatría en la Universidad de Granada. Allí aterricé hace 30 años. Pensaba que iba para poco tiempo y aquí me quedé. Formé mi equipo de trabajo y más tarde pasé a ser catedrático. También me casé aquí. Trabajaba al mismo tiempo en el Hospital Clínico Universitario San Cecilio en Granada y fui titular de Psiquiatría en la Universidad. A los residentes les decía: “Aquí todos los pacientes son privados, aunque vengan de la Seguridad Social”. Yo había llegado de la Clínica Universitaria, donde se trataba muy bien a los enfermos.

¿En qué está centrado ahora?

En la formación de estudiantes de Medicina, en Psicología Médica y en Comunicación Médica. Doy clases en comunicación no verbal. Es importante escuchar y mirar al paciente. Porque por mucho que avance la tecnología el paciente nunca estará contento si no se le escucha ni se le mira. Hay que escucharlo y mirarlo.

¿Se ha perdido esa labor?

Hay de todo. Pero se debe cultivar. Si se pierde esa dimensión se desmoraliza a los pacientes. Si eres incapaz de tratar bien al paciente, mejor que cambies de oficio. Hay que tenerlo en cuenta a pesar del riesgo de mercantilización que existe en la medicina privada y el riesgo del quemado en la pública.

¿Tener psiquiatra es cosa de ricos?

No. Los problemas psiquiátricos afectan a ricos, pobres y clases medias. La privación económica es un factor de estrés. Hace 40 años, en las clases pobres se señalaban los trastornos graves como esquizofrenia y en las ricas los trastornos eran neuróticos, como ansiedad. Pero todos los trastornos pueden afectar a cualquier clase social, tanto a hombres como a mujeres, y a todas las edades. Aunque sí que es verdad que en la incidencia de algunos trastornos influye el sexo. Por ejemplo, la depresión y la ansiedad afectan más a las mujeres, por cada dos mujeres hay un hombre. Y el alcoholismo y el abuso de drogas se producen más en los hombres, cuatro hombres por una mujer. La esquizofrenia se reparte por igual, pero es más grave en los hombres, por lo menos hasta la menopausia. Eso quiere decir que las hormonas femeninas tienen un efecto protector.

¿Y el suicidio?

Las muertes por suicidio afectan más a los hombres que a las mujeres, la tasa es mucho más elevada, aunque se producen más intentos en las mujeres.

¿Por qué?

Hay distintas teorías. El hecho es que se produce más en hombres y que hay que estar atentos ante alguien que habla de suicidio o ante quien lo haya intentado. El suicidio se asocia a enfermedades graves psiquiátricas como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la depresión grave, el alcoholismo... Pero sí puede decirse que el efecto clave en el suicidio es la desesperanza, más que la tristeza. Hay otro factor que a veces precipita el suicidio: la impulsividad, que es un factor de riesgo. Me refiero a alguien que toma decisiones sin pensar las cosas dos veces.

¿Hay ahora más suicidios o es se ven más?

Ahora se da más publicidad. Antes era Hungría el país con la tasa más alta, con 40 muertes por 100.000 habitantes y año. Ahora en España hay más que antes. En una zona delimitada de Andalucía, donde

se juntan las provincias de Córdoba, Granada y Jaén, las cifras son similares a Hungría. Llama la atención que en España se ha incrementado en los últimos 25 años.

¿Se ha suicidado algún paciente suyo?

Por desgracia, sí. También he tenido pacientes que lo han intentado y no lo han conseguido

¿Y?

Se produce un efecto muy tremendo en la familia y en el médico. Es muy dramático. Siempre nos preguntamos qué podríamos haber hecho, dónde hemos fallado.

¿La familia culpa al médico?

En algunos casos plantean reclamaciones por negligencia; otras veces la familia comprende.

¿Qué influye para tomar esta decisión?

La personalidad, la predisposición genética, el aislamiento personal y social...

¿Qué ocurre si ve que su paciente tiene predisposición?

Si se considera que el paciente puede dañarse, se le ingresa por urgencia, aunque sea involuntariamente. Este ingreso se le comunica entonces al juez.

Con todo lo que escucha en la consulta, ¿cómo regresa a casa?

Es algo que empecé a aprender desde el principio. Cuando uno colgaba la bata había que dejar ahí los problemas de los pacientes. Es parte del entrenamiento de los profesionales, porque si no acabaríamos quemados en dos días. Creo que, en general, lo consigo. Cuando uno cierra la historia de un paciente pasa al siguiente. Y cuando cierra la última de la jornada, la cierra del todo y se va a su casa.

¿Y cuando se suicidan?

Uno empieza a pensar dónde debía haber advertido algún signo. Porque los psiquiatras somos seres humanos, como todo hijo de vecino, y nos impacta. También cuando un paciente mejora te llevas una gran alegría. El psiquiatra no es de acero inoxidable ni es un ladrillo. Pero hay que tener esa destreza, esa habilidad, que en parte se aprende, de ir desconectando. En los problemas casi siempre hay una solución y ver a un paciente que se va recuperando da confianza, es una inyección de ánimo para el profesional. Pero eso se combina con situaciones que no van bien y hay que ser capaz de tolerar esa frustración.

La película “Alguien voló sobre el nido del cuco” dejó muy mala imagen de los electrosock. ¿Se siguen utilizando?

Está indicado para algunas situaciones, como la de la depresión psicótica (depresión con ideas delirantes). Es una depresión poco frecuente pero muy llamativa.

¿Cuáles son los síntomas?

Tristeza, apatía y añade una idea delirante sobre tres temas: la creencia de estar en la ruina, la culpa (una persona llega a pensar que por sus actuaciones ya está condenado, tanto él como su familia); y también están incluidas las ideas delirantes hipocóndricas: llegan a pensar que su cuerpo no funciona o que les falta un órgano, como el intestino. Eso ya es el máximo de la idea delirante.

Entonces, ¿se utiliza?

Sí, en esos casos. Lo que tiene efecto no es la corriente eléctrica, sino el ataque convulsivo que se provoca. De hecho, antiguamente esto a veces se provocaba con fármacos. Ahora se ha perfeccionado la técnica y se usa un mínimo de corriente.

¿Qué produce la crisis convulsiva?

Induce a cambios en el cerebro, como una crisis epiléptica, en la que pierdes la consciencia. Se aplica a una proporción muy pequeña de pacientes, bajo anestesia general y relajación muscular, que evita las contracturas. La crisis como mucho dura un minuto.

¿La lobotomía, como se aplicó a Rose Kennedy, hermana del que fue presidente, y que practica Montgomery Clift en la película “De repente, el último verano”?

No se aplica. Ahora se utilizan técnicas neuroquirúrgicas que rompen un determinado circuito asociado a un comportamiento patológico que provocan una estimulación cerebral profunda. En este último caso, se implanta bajo la piel un dispositivo, regulado con un mando a distancia, que envía los estímulos.