

IX CONGRESO INTERNACIONAL DE BIOÉTICA
FILOSOFÍA Y SALUD MENTAL

COMUNICACIONES

18 y 19 de Octubre de 2019



Editat:



www.aporia.cat



www.spcdocent.org

Edició a cargo de Begoña Román, Josep Maria Esquirol y José Antonio Pujante.

Fecha de edición: Junio de 2021

ISBN: 978-84-09-32324-1



No se permite un uso comercial de la obra original ni la generación de obras derivadas.

ÍNDICE

PRÓLOGO

Begoña Román	4
--------------	---

COMUNICACIONES

Agustín Moreno	
FILOSOFÍA Y SALUD MENTAL: PENSAR PARA VIVIR Y SANAR	7

Julián Gómez Peñalver	
CUIDADO DE SÍ Y TEMATIZACIÓN DEL ENCUENTRO EN PSICOTERAPIA	15

María Ribas Siñol, Marisa Joga Elvira	
ACOMPANYA'M: EL RETO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL TRASTORNO MENTAL EN POBLACIÓN INFANTO-JUVENIL VULNERABLE	25

María Belén Campero, Romina Gianfelici	
JUGAR, CONTAR Y FILOSOFAR: PRÁCTICAS ORIENTADAS AL EJERCICIO DE AUTONOMÍA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	38

Josefina Pérez, Ismael Parrilla, Carlos García-Ribera	
ÉTICA ASISTENCIAL Y CONTENCIÓN: UNA VISIÓN REALISTA DE LA SITUACIÓN	49

Sergio Ramos	
SUFRIMIENTO INSOPORTABLE: UN CRITERIO CONTROVERTIDO PERO NECESARIO EN PETICIONES DE EUTANASIA DE PACIENTES CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL	61

Cristina Requena	
LÍMITES LEGALES Y MORALES DE LA EXIMICIÓN DE RESPONSABILIDAD EN PACIENTES PSIQUIÁTRICOS	75

Francesc Casanova

VARIABILIDAD DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO EN LA ESQUIZOFRENIA 86

Pablo Feito, Anna Torà

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN: DEL SÍNTOMA INDIVIDUAL A LA PROBLEMÁTICA
SOCIOCULTURAL 97

Prólogo

El 18 y 19 de octubre del 2019, una vez más en la Facultad de Filosofía de la Universidad de Barcelona, el grupo de investigación Aporía, junto con el Instituto docente y de investigación y la Fundación sanitaria de Sant Pere Clavé, organizamos el IX Congreso internacional de filosofía y salud mental. Fruto de este, y siguiendo la tradición, os presentamos las comunicaciones que durante el congreso fueron objeto de presentación y debate.

Por las diferentes temáticas que las distintas comunicaciones tratan, podemos constatar tres características esenciales de la filosofía contemporánea: la primera es la interdisciplinariedad desde la que pensamos hoy nuestro presente. La complejidad de la salud mental, asumiendo todas las dimensiones de la persona, bio-psico-social-espiritual, requiere el diálogo y la implicación de diversas disciplinas.

En segundo lugar, hay un deber de continua reflexión crítica y creativa sobre los diferentes abordajes, que confluyen en el punto clave de centrarse en la persona atendida y su quehacer cotidiano. A la complejidad de la interdisciplinariedad se le suma ahora, en ese deber de centrarse en la persona, la dificultad de acompañarla, integral e integradamente, en su forja de la autonomía. En efecto, hay una clara conciencia e intención en los servicios y profesionales de la salud mental de involucrar a los pacientes en sus procesos, lejos de expropiarles de sus conflictos, se les implica en el proceso terapéutico abarcando tanto su vulnerabilidad como su autonomía.

En tercer lugar, otro eje común a las comunicaciones que aquí recogemos, y en la línea de las reflexiones de la filosofía contemporánea, consiste en reivindicar la superioridad del cuidar, por más genérico y esencial, que la eficiencia del curar. El cuidado, en tanto que relación, exige la forja de confianza en los profesionales y las instituciones donde estos trabajan; sólo que hoy esta se gana, no sólo se supone.

Más en concreto, las temáticas que abordan las distintas comunicaciones ponen de relieve la importancia de la filosofía en el proceso de pensar juntos, dialogando interactiva y críticamente. Así lo constatamos en la comunicación de Agustín Moreno “Filosofía y salud mental: pensar para vivir y sanar”. En la misma línea, el cuidado de sí y la relación interpersonal de cuidar son el objeto de la comunicación de Julián Gómez Peñalver titulada “Cuidado de sí y tematización del encuentro en psicoterapia”

Por otro lado, constatamos en las comunicaciones la preocupación por algunos problemas muy de actualidad por su interés social y que afectan a la atención de la salud mental. Es el caso de la cuestión de la eutanasia, tratada por Sergio Ramos Pozón en “Sufrimiento insoportable: un criterio controvertido pero necesario en peticiones de eutanasia de pacientes con problemas de salud mental; o la cuestión que aborda Cristina Requena sobre los “Límites legales y morales de la eximición de responsabilidad en pacientes psiquiátricos”. Ambas temáticas son de plena vigencia dada la entrada en vigor de la ley que despenaliza la eutanasia y el suicidio asistido en España, o la de la modificación de las figuras de tutela para personas necesitadas de apoyo. Otra problemática también de actualidad es la que aborda la comunicación de Francesc Casanova sobre el rol de los profesionales de salud mental en la atención a la población transgénero, titulada “Variabilidad de la identidad de género en la esquizofrenia”.

Otras comunicaciones abordan temáticas ya clásicas que, no obstante, necesitan ser cuestionadas continuamente, como hacen Josefina Pérez, Ismael Parrilla y Carlos García-Ribera en “Ética asistencial y Contención: una visión realista de la situación”, o la comunicación de Pablo Feito y Anna Torà sobre “Trastornos de la alimentación: del síntoma individual a la problemática sociocultural”.

Por último, ante el reto de pensar en la mejora de prácticas fundamentales de los servicios de salud mental, como son el acompañamiento de la vulnerabilidad de los jóvenes, dos comunicaciones defienden nuevos abordajes de atención. Maria Ribas Siñol y Marisa Joga Elvira nos presentan el dispositivo ACOMPANYA’M, accesible desde la red pública sanitaria, en su trabajo titulado “ACOMPANYA’M: el reto de la atención integral del trastorno mental en población infanto-juvenil vulnerable”. María Belén Campero y Romina Gianfelici en su comunicación “Jugar, contar y filosofar. Prácticas orientadas al ejercicio de autonomía para la promoción de la salud”, insisten en la importancia del juego y la narración en el desarrollo del pensar autónomo.

Como decíamos al inicio de este prólogo, pensamos porque tenemos problemas y los problemas que aquí nos ocupan reflejan el deseo de mejorar la misión de las profesiones del cuidar desde su vínculo con la filosofía. Y si pensamos juntos estos problemas, no lo hacemos sólo ni primordialmente para saber más sobre ellos, sino para dar mejor atención, lo que se cifra, en último término, en una vida mejor para las personas a las que acompañamos en los servicios de salud mental.

COMUNICACIONES

Filosofía y salud mental: pensar para vivir y sanar

Agustín Moreno

Resumen:

El objetivo principal de este trabajo es defender la siguiente idea. Comprender al ser humano filosóficamente nos ayuda a comprender nuestros problemas humanos y nuestra salud. Particularmente nos proponemos exponer rasgos fundamentales del pensamiento filosófico y ver qué relaciones hay con la salud mental a través de dos problemas psicológicos principales: la hiperreflexividad y la evitación experiencial, abordando también cuestiones como el sentido de la vida o la felicidad.

Abstract:

This article proposes the next idea. Understanding philosophically human being helps us to understand human problems and health in a better way. Particularly we underline some fundamental aspects of philosophical thinking related to mental health, considering two psychological big problems: hyper-reflexivity and experiential avoidance. In addition, we speak about questions as the meaning of life or happiness.

Palabras clave: filosofía, psicología, hiperreflexividad, felicidad, evitación experiencial, sentido de la vida.

Introducción

Esta comunicación comparte la motivación del IX Congreso Internacional Filosofía y Salud Mental: comprender mejor la condición humana para cuidarnos mejor. Un propósito que podemos concretar más, a través del convencimiento de que aplicar la filosofía al estudio del ser humano nos ayuda a comprender y atender mejor nuestros problemas humanos y nuestra salud. Nos detendremos en dos objetivos: 1) caracterizar rasgos fundamentales del pensamiento filosófico y 2) seleccionar dos problemas psicológicos principales, ejemplificando la aplicación de la filosofía al respecto, la hiperreflexividad y la evitación experiencial. Veremos cómo cuestiones como el sentido de la vida o la felicidad resultan relevantes tanto para la filosofía como para la psicología, no pudiendo dejar de afrontar ni su índole especulativa-existencial, ni su afectación en la salud mental, poniendo de manifiesto un ineludible planteamiento que va más allá de disciplinas particulares y que, al mismo tiempo, ha de urgirlas a reunirse y colaborar.

1. Rasgos fundamentales del pensamiento filosófico

El llamado paso del mito al logos significado en la Historia del pensamiento no es ni mucho menos absoluto. Tampoco la ciencia moderna nos ha librado del todo de los mitos. Para muestra un botón: Nietzsche advierte del mito de la propia ciencia, que concibe una supuesta verdad desnuda a la que se llegará una vez se quiten todos los velos; o baste nombrar el mito del amor romántico hoy en día. A pesar de ello puede sernos de ayuda recordar algunos rasgos de la filosofía en oposición al pensamiento mítico.

Un mito es un discurso, relato o historia, de carácter ficticio o fabuloso, que trata de explicar fenómenos naturales o de la condición humana, a través de supuestos sucesos con protagonistas heroicos, divinos o legendarios, en su origen o como factor causal. Por contra, el discurso filosófico, en principio, y en contraste, cuestiona el relato mítico, anteponiendo la observación directa de los fenómenos, frente a la autoridad de la tradición ancestral, y privilegiando la elaboración racional y conceptual sobre lo puramente imaginativo. Estaríamos, salvando excepciones y generalizando, ante una práctica discursiva, la filosófica, de carácter eminentemente racional, argumentativo, crítico, reflexivo y, por tanto, desmitificador y con potencial emancipatorio. No es extraño que la UNESCO se haya referido a la filosofía como "escuela de libertad", haciéndose cargo de su especificidad y, en

coherencia, defendiendo y difundiendo el derecho a la filosofía que tendríamos todos los seres humanos.

Quien esté dispuesto a estudiar y practicar la filosofía, se iniciará pues en el amor a la sabiduría de su etimología. Aspirará o descubrirá no sólo una sabiduría teórica, sino también práctica (Comte-Sponville, 2012), que tiene que ver con cada persona y su realidad. Algo que no sería extraño a la propia tradición. Como destaca Foucault, el oráculo de Delfos no habría de ser mutilado. Junto al "conócete a ti mismo" tendríamos que no dejar de recordar la exhortación: "ocúpate de ti mismo".

En armonía con esta idea, aunque desde otro punto de vista, el de aquellos que se dedican profesionalmente a la filosofía, Ortega y Gasset, en un elogio fúnebre de Miguel de Unamuno, defiende que la tarea del intelectual no es lucir músculo cerebral, sino ejercer de verdadero artesano; artesano de las ideas que sirvan como útiles y herramientas para ayudar a vivir a los demás. En las sociedades híper-complejas en las que vivimos, la pluralidad ideológica en un sistema democrático y de visiones del mundo, más patente que nunca a través de Internet y los movimientos migratorios; la ineludible y constante presencia de los medios de comunicación de masas y de los discursos mercadotécnicos en soportes audiovisuales, hacen más que pertinente al menos las siguientes tres cosas. 1) Que los ciudadanos tengamos herramientas filosóficas que nos ayuden a pensar, discernir, desmitificar y ponderar con argumentos y razones. 2) Que nos acerquemos a la historia del pensamiento y de las ideas para conocer la génesis de los sistemas ideológicos y sus constantes, detrás de los diversos movimientos sociales, políticos, científicos o religiosos que los encarnan. Y, por supuesto, 3) que podamos aproximarnos al cultivo de una sabiduría teórica y práctica que nos ayude al conocimiento de nosotros mismos y a ocuparnos de nosotros mismos.

2. Problemas psicológicos actuales

2.1. Hiperreflexividad

Como ha demostrado el profesor Marino Pérez, particularmente en *Las raíces de la psicopatología moderna*, la hiperreflexividad estaría en la base de la psicopatología con un origen y una naturaleza más cultural que neuronal (Pérez Álvarez, 2012). La hiperreflexividad sería un exceso de la reflexividad moderna, una "reflexividad intensificada", afirma, que resulta "más patógena que adaptativa". Las personas la padecemos cuando nos enredamos

continuamente con nuestros pensamientos (también se habla de "rumia"); cuando, asevera, "la presencia de uno se hace notar más que la presencia del mundo"; cuando "el "yo" se manifiesta a sí mismo", ocupando el lugar preeminente en medio de todo. Y esta conducta pasa de ser una estrategia adaptativa a volverse inadecuada, fracasada, ya que "tras-torna el curso de la vida", suponiendo un obstáculo generador de sufrimiento (Pérez Álvarez, 2003, pp. 28-29). Podríamos decir que estamos ante una forma de fusión cognitiva del yo del sujeto con sus pensamientos y emociones, incapaz de tomar distancia de ellos para volver a conectar con la realidad del mundo y de la vida.

En la propia descripción de Marino Pérez, a esta hiperreflexividad se le opone una "reflexividad funcional, capaz de reconducir una situación problemática". Una reflexividad que no estaría ni mucho menos exenta de dificultades, problemas y dilemas, siendo calificada, de acuerdo él con Savater, incluso en términos "trágicos", en el sentido de afrontar el ser o no-ser de alguien y quién se es. Es decir, que podríamos oponer a la hiperreflexividad una reflexividad filosófica, de concientización de la propia vida, de la que tenemos y somos, y de la que estamos llamados a edificar. Al contrario que la anterior esta nos ayudaría a volver al curso de la realidad vital.

Quizás también diferentes formulaciones y planteamientos de la filosofía del sujeto o de la metapsicología (por ejemplo: el sujeto concebido como productor de yoes en Castilla del Pino), podrían resultar útiles de cara a la defusión cognitiva, que permitiría a cada persona reconocerse reflexivamente como más que sus estados mentales, pensamientos, sentimientos y emociones; reconocerse como no condenada a estar presa de ellos. Algo que ejercicios meditativos como la atención plena en el momento presente muestran en la práctica.

2.2. Evitación experiencial

La elusión de experiencias de la vida, la falta de su afrontamiento, la huída, su represión o su negación, que estarían detrás de múltiples problemas de salud mental, también podría tener su posible prevención en el ejercicio del pensamiento filosófico, en diversas concepciones de la filosofía, y de la psicología, particularmente en aquellos enfoques más afines. Sería el caso de Carl Rogers y su invitación, recogiendo la exhortación de Píndaro, retomada por Kierkegaard o Nietzsche: "conviértete en aquel que eres" (Rogers, 2011). Una invitación que promueve el conocimiento y la aceptación de uno mismo en términos de sincera autenticidad comunicativa interpersonal.

Ciertos mitos actuales no ayudan sino que son un obstáculo para hacernos cargo de la realidad, de la vida, de sus episodios y vicisitudes, en toda su amplia y variada gama. Habida cuenta de las peculiares condiciones y particulares historias de vida de cada cual, podemos encontrar que hay personas especialmente sensibles y vulnerables a esos mitos, o lo son – o lo somos – en algún momento de la vida. Hablamos de ficciones imaginativas (la publicidad está llena de ellas) que, sin darnos cuenta, pretenden darnos orientaciones e interpretaciones que falsean la realidad. Es el caso del mito de la felicidad perpetua o el mito del amor romántico. Dado el tiempo disponible nos limitamos al primero. En este mito, desenmascarado por autores como Pascal Bruckner (Bruckner, 2001), se nos propone un estado beatífico de bienestar continuo a alcanzar como meta máxima de nuestras vidas. En nuestra sociedad, la mercadotecnia lo asocia al consumo de bienes y servicios ya poseídos y exhibidos por estrellas y modelos publicitarios, como semidioses que disfrutaban ese estado feliz y promueven que adoptemos su estilo de vida para ser como ellos. Sin embargo, todos sabemos (o no, o no extraemos las deseables consecuencias), que no es posible en la mayoría de los casos adquirir todo aquello que se nos anuncia; que incluso si lo compramos el deseo humano es inagotable. Que la vida nos muestra circunstancias de tristeza, enfermedad, padecimiento, frustración, que se dan de bruces con esa quimérica aspiración a un estado de felicidad ajeno a tales episodios. La brecha entre el ideal y la realidad, fuente de malestar, bien puede ser una inútil herida supurante de sufrimiento en la medida en que el mito no quede desacreditado. Poco ayudan las redes sociales a través de las que, muy ampliamente, se comparten imágenes y vídeos en los que se exhiben las experiencias de disfrute como supuesta participación del mito de esa felicidad.

En este sentido, la filosofía como pensamiento racional y desmitificador puede seguir siendo fiel a sus orígenes. De igual modo que los presocráticos, no resultándoles satisfactorias las explicaciones míticas de los fenómenos naturales o humanos, hoy podemos seguir reeditando su autonomía intelectual con estos tres ingredientes: cuestionamiento de los mitos y, en su lugar, observación de los hechos y la sociedad, y ejercicio de la propia razón. Ah, ¿resulta que no estoy obligado a ser feliz continuamente? ¿Resulta que puedo tratar de averiguar cuáles son mis prioridades y valores, más allá de aquello que me ofrecen determinados moldes sociales o los medios de comunicación; que puedo aspirar a aceptar y afrontar la vida en toda su variedad de registros; que puedo incluso intentar arrojar luz, aprendiendo de aquello negativo que me sucede; que no tengo por qué reprimir ni avergonzarme de mi malestar o mi tristeza?

3. Conclusión

Volviendo a la doble faceta de la filosofía como sabiduría teórica y práctica, al oráculo de Delfos en su versión íntegra (conocerse y ocuparse de sí mismo), una expresión filosófica contemporánea e hispánica de esta la tenemos en nuestro Ortega y Gasset. A menudo se cita su clásico: "Yo soy yo y mi circunstancia" de las *Meditaciones del Quijote*, pero no menos a menudo sin olvidar y mutilar su otra parte esencial: "Yo soy yo y mi circunstancia, y si no la salvo a ella no me salvo yo" (Ortega y Gasset, 2001).

Hablando de la evitación experiencial: ¿acaso no han sido y son con frecuencia evitadas las preguntas filosóficas? Tantas veces se trata de interrogantes enraizadas en la propia vida y sus avatares y, libres de tabúes, son pronunciadas en boca de los niños, casi al tiempo que son obliteradas o despreciadas en el mundo de los adultos, que tampoco las tienen resueltas. ¿Podría la represión y la omisión de estas cuestiones filosóficas suponer, de algún modo, un menoscabo si no de la salud mental sí de la aspiración a vivir de modo más pleno, íntegro y humano nuestras vidas?

Edgar Morin, pensador interdisciplinar, de vida casi centenaria, con una impresionante biografía intelectual y personal, en la que pensamiento, conocimiento, vida y acción, se dan la mano de manera admirable, confiesa que la filosofía le ha ayudado a sentirse vinculado a todos los ámbitos de la vida y del conocimiento. Le cito:

"Cada uno en su infancia, se ha planteado problemas primordiales e indiscutiblemente filosóficos. Estas cuestiones son, en la mayoría de los adultos, juzgadas cándidas e inútiles. Por mi parte, las fuentes de mi curiosidad infantil han permanecido vivas, y sin cesar, he vuelto, a mis cuestiones adolescentes, que son las cuestiones éticas y filosóficas primeras, de la vida, de la muerte, del "¿quiénes somos?", "¿de dónde venimos?", "¿adónde vamos?", las de los orígenes, del devenir, de lo real, del sentido y del sinsentido" (Morin, 2013, pp. 19-20)¹.

En su *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*, Fromm advierte uno de los riesgos de pérdida del pensamiento freudiano: "el valor para desafiar al sentido común y a la opinión pública". Algo de lo que trata de escapar cuando expone la posibilidad de que en las sociedades modernas anide la "normalidad patológica". Espoleado por estadísticas de suicidios y alcoholismo se pregunta si acaso estos no sean, en tantos casos, medios patológicos de escapar al tedio de la clase media que, aunque haya satisfecho sus necesidades

¹ La traducción es nuestra.

materiales, habría olvidado, (le cito), que "no sólo de pan vive el hombre" (Fromm, 2013, pp. 11-17). ¿No estaríamos evitando como sociedad plantearnos esta incómoda pregunta, evitando afrontar la experiencia del tedio y el problema del sentido?

De nuevo la filosofía, que es también crítica y cuestionamiento de la sociedad y la cultura, puede ser aliada nuestra. Así lo entiende Michel Onfray, en cuyo *Antimanual de Filosofía*, confiesa que ha pretendido presentar "una lectura crítica del mundo, que [nos] permita un pensamiento diferente y alternativo". Un "deseo crítico" que tendría:

"un objetivo más elevado: permitir que a partir de una comprensión más clara de lo que [nos] rodea, [podamos] encontrar un sentido para [nuestra] existencia, y un proyecto para [nuestra] vida, libre de las obsesiones modernas: el dinero, la fama, las apariencias, la superficialidad" (Onfray, 2019, p. 17).

Elocuentes discursos el del psicólogo Fromm, abordando el problema del sentido y el del filósofo Onfray, alentando la liberación de lo obsesivo. No son los únicos, son sólo una muestra, pero baste esta para ilustrar que la filosofía puede y debe ser aliada de la vida y de la salud mental. Los profesionales de la salud mental, psicólogos y psiquiatras, no pueden obviar el cuestionamiento filosófico y existencial de quienes les visitan. Más allá de lindes disciplinares, sabiendo o no que practicamos la filosofía, pensar puede ayudarnos a ser un poco más conscientes y libres. Filosofar puede ayudarnos a vivir y a sanar o, al menos, a prevenir el mal.

Bibliografía

- BRUCKNER, Pascal, 2001, *La euforia perpetua. Ensayo sobre el deber de ser feliz*, Barcelona: Tusquets.
- COMTE-SPONVILLE, André, 2012, *La filosofía. Qué es y cómo se practica*, Barcelona: Paidós.
- FROMM, Erich, 2013, *Psicoanálisis de la sociedad contemporánea*, México D.F.: FCE.
- MORIN, Edgar, 2013, *Mes philosophes*, Paris: Pluriel.
- ONFRAY, Michel, 2019, *Antimanual de Filosofía*, Madrid: Edaf.
- ORTEGA Y GASSET, José, 2001, *Meditaciones del Quijote*, Madrid: Cátedra.
- PÉREZ ÁLVAREZ, Marino, 2003, *Las cuatro causas de los trastornos psicológicos*, Madrid: Universitas.
- PÉREZ ÁLVAREZ, Marino, 2012, *Las raíces de la psicopatología moderna. La melancolía y la esquizofrenia*, Madrid: Pirámide.
- ROGERS, Karl, 2011, *El proceso de convertirse en persona*, Barcelona: Paidós.

Sobre el autor:

Agustín Moreno es doctor internacional en Filosofía por la Universidad de Granada con premio extraordinario. Acreditado como profesor contratado doctor por ANECA. Su tesis versó sobre la teoría mimética de René Girard. Obtuvo el DEA con un trabajo sobre la religión en Ortega y Gasset. Ha sido becario del Programa Nacional FPU en el Dpto. de Filosofía II de la UGR, colaborador docente y profesor asociado en la Universidad Loyola Andalucía. Postdoctorado en la École normale supérieure de Paris. Áreas de investigación: antropología filosófica, filosofía del sujeto, crisis de la modernidad y filosofía de la religión. Pertenece al grupo de investigación "Antropología y Filosofía" de la UGR y a la *Association Recherches mimétiques*. Es funcionario de carrera del cuerpo de profesores de Educación Secundaria (especialidad de Filosofía)

morenofdez@ugr.es

Cuidado de sí y tematización del encuentro en psicoterapia

Julián Gómez Peñalver

Resumen:

La psicoterapia se constituye como un auténtico corpus de conocimiento en la segunda mitad del siglo XIX con Freud, pese a que posee ancestros desde la época premoderna. Las prácticas de cuidado o inquietud de sí (*epimeleia heautou*) recorren una trayectoria diferente y conforman un régimen más complejo que el de la palabra como curación. La fundamentación de la psicoterapia como práctica de cuidado de sí nos permitirá hacer una puesta en claro de la conflictiva relación que mantiene aquella con la verdad, y atender el movimiento ontológico que subyace en el encuentro psicoterapéutico.

Abstract:

Psychotherapy is constituted as a true body of knowledge in the second half of the 19th century with Freud, although it has ancestors since premodern times. The care or restlessness practices (*epimeleia heautou*) travel a different trajectory and make up a more complex regime than the word as healing. Basing psychotherapy as a *cura sui* practice will allow us to make clear the conflictive relationship that one maintains with the truth, and attend to the ontological movement that underlies the psychotherapeutic encounter.

Palabras clave: psicoterapia, cuidado, ontología, Foucault, subjetividad.

1. La psicoterapia y sus ancestros

En tiempos de retóricas tecnificadas y tratamientos de autoaplicación cada vez más degradados, la psicoterapia sigue ofreciendo un lugar donde, de manera asistida, uno puede dominarse a partir de cómo es. Tras trazar un breve recorrido por la psicoterapia y sus ancestros, mi propuesta consistirá en fundamentarla como una práctica de resubjetivación equivalente a las prácticas de cuidado de sí de la antigüedad, prácticas que fueron objeto de estudio de Michel Foucault en los últimos años de su vida. Ello nos va a permitir poner en claro la conflictiva relación que mantiene la psicoterapia con la verdad, con el fin de poder aproximarnos de una manera diferente a los problemas epistémicos que presenta esta disciplina.

Los ancestros de la psicoterapia han sido bien estudiados por autores como Laín Entralgo, López Piñero o Morales Meseguer, y pasaré brevemente sobre ellos. Dada la altísima estimación griega por la palabra, comenzamos a recoger el arcaico testimonio de un uso curativo de la misma a través del uso impetrativo de la plegaria (*eukhê*) o por la virtud mágica del ensalmo (*epodê*) (Laín Entralgo, 2005). Con el decir sugestivo (*thelkterios logos*) o placentero (*terpnôs logos*) ahondamos en una manera deliberada del uso de la palabra de clara atribución psicológica: así Néstor y Patroclo hablan de manera tal a sus pacientes para que el efecto de su verbo acompañe convenientemente a la adecuación de sus intervenciones, ya sin una virtud mágica de la palabra, sino por la consciente función de contentar el ánimo (*thymos*) que ellas poseen (Laín Entralgo, 2005). Aunque Patroclo no le habla a la persona del enfermo, sino a ese fragmento de *physis* que de él participa y modifica el ánimo. Estamos situados en el arranque de la concepción naturalista de la medicina occidental.

Conforme avanzamos desde el origen del epos homérico (siglo VIII a.C.) hacia la época de mayor esplendor de la polis (siglo IV a.C.), se va produciendo una desdivinización, racionalización y tecnificación (primero con la sofística, y posteriormente con Platón) del uso de la palabra con fines terapéuticos. Lo metafórico se desdiviniza: el ensalmo es la palabra hábilmente empleada. Gorgias y Antifonte llegan a proponer una aplicación técnica de la palabra persuasiva, situada entre el *logos* engañoso y el *anankê* o invencible necesidad de los movimientos naturales.²

La palabra vigorosa y persuasiva es la clave del buen éxito en la ciudad y de las relaciones interhumanas. Platón ampliará esta caracterización, aludiendo a la palabra encantadora o “el

² Como destaca Laín y en palabras de Gorgias: “La retórica será el Demiurgo de la persuasión”, en LAÍN ENTRALGO, Pedro, 2005, *La curación por la palabra en la Antigüedad clásica*. Rubí (Barcelona): *Anthropos*, p.90.

bello discurso” como corrector de la disarmonía del alma, capaz de ordenar los elementos de la vida psíquica. La Poética de Aristóteles permitirá distinguir a la palabra persuasiva de la palabra catártica, refiriéndose a esta última como aquella que puede producir una auténtica purgación de las pasiones. Y los estoicos, con su doctrina de las pasiones como enfermedades del alma, dejarán su curación en manos de la filosofía (Peset, 1959). El tratamiento psíquico consistirá en borrar las representaciones engañosas producidas por las pasiones.

La medicina hipocrática, sin embargo, no se apropió de este prometedor uso terapéutico de la palabra. Frente a los tratamientos psíquicos arcaicos, basados en las creencias mágico-religiosas, la actitud de la ciencia médica vendrá señalada por el Tratado hipocrático sobre la epilepsia (*De morbo sacro*), referente de la medicina racional europea y fuerte sancionadora de cualquier atisbo de lo sagrado que pudiera figurar en torno a una imposición divina de lo mórbido (López Piñero, 2002; Scull, 2019). La necesidad social de distanciarse de las prácticas creenciales impidió durante siglos a los médicos enfrentarse con ellas de modo positivo, y la estrecha concepción somática de la enfermedad les impidió atender a los argumentos de Platón o Aristóteles. “La enfermedad parece ser siempre y sólo una disarmonía en la conmensuración de la physis; y el tratamiento, el régimen físico (diaíta) capaz de restaurar el buen orden que la causa morbi alteró” (Laín Entralgo, 1950, p. 38). La medicina galénica no será por tanto capaz de elaborar una psicoterapia verbal de carácter técnico.

La extrema valoración negativa de las pasiones por los estoicos, y el criterio favorable a la parte lógica y racional del alma se mantuvo en la mayoría de las formulaciones éticas medievales y renacentistas, así como en los supuestos básicos de la ascética e incluso de muchas doctrinas místicas. Ni las figuras de Paracelso y las funciones que atribuyó a la imaginación, ni la concepción cartesiana del ser humano que vino de la mano de Boerhaave sacaron a los tratamientos psíquicos de su reducida esfera del mero adquirir la confianza del enfermo o del control de los deseos desordenados.

Con los nuevos planteamientos de la ilustración y la liberación de las cadenas de Pinel, llegamos a la cristalización del Tratamiento moral en la Francia revolucionaria del siglo XVIII, que aportó poco desde el punto de vista teórico a la conformación de un corpus psicoterapéutico pero que puso de manifiesto un hecho fundamental: la medicalización de las pasiones. La filosofía y medicina entran en este punto en una relación de copertenencia con el nacimiento de la psiquiatría.

Pero no sería hasta Freud, quien influenciado por corrientes prepsicoterapéuticas como el hipnotismo, y embebido en la patogenia psíquica de los experimentos de Charcot³, reconoce desde un punto de vista médico la acción catártica del diálogo, y consagra un acceso metódico para ello. La psicoterapia, ya propiamente dicha, se revela retrospectivamente a partir de su tematización como terapia con Freud.

La otra gran vertiente psicoterapéutica se iniciaría más tarde, bajo la influencia de la psicofisiología y la psicología experimental (López Piñero, 2002). John Watson no conocería hasta el segundo decenio del siglo XX las investigaciones de Pavlov, que intentó aprovechar para fundamentar el conductismo, aunque no asimiló de forma rigurosa las contribuciones neurofisiológicas de éste. El componente ideológico de su planteamiento fue la aplicación radical del programa de convertir la psicología en una disciplina positiva equiparable a las ciencias de la naturaleza, liberándola de la tradición filosófica. El conductismo como doctrina y los distintos procedimientos psicoterapéuticos basados en las ciencias de la conducta pasaron a ser los oficiales del mundo académico norteamericano y constituyeron la segunda gran rama de la psicoterapia: psicoanálisis y conductismo tendrán perspectivas muy particulares acerca de qué cosa es la subjetividad y qué cosa es la enfermedad.

2. El último Foucault y el cuidado de sí

Hasta ahora hemos hablado de la psicoterapia y sus ancestros. Las prácticas de inquietud de sí, tal y como las estudió Foucault, recorren una trayectoria diferente, donde reúnen tratamientos psíquicos en algunos momentos de su trazado (sobre todo en su edad de oro, los siglos I y II d.C.), además de otras prácticas que agrupadas conforman un régimen más complejo que el de la palabra como curación; esto es, el cuidado de sí como manera de estar en el mundo, como actitud y acción por la cual uno se transforma, se purifica, se transfigura.

La obra de Foucault se ha clasificado de maneras diversas, y sus lecturas pueden agruparse en diferentes niveles. Nosotros atenderemos a aquella relacionada con Foucault y su quehacer con el sujeto. El cuidado de sí conforma su último encuentro con un sujeto inserto siempre en una dispersión en la que trata de encontrarse; y que trata de constituir una subjetividad como pliegue de una exterioridad a la que está subordinada (Deleuze, 2015). Tras una primera y segunda etapas en la que aborda el sujeto como función de las prácticas discursivas y del efecto de las relaciones de poder, respectivamente; a partir de los últimos

³ Para un estudio en mayor profundidad, se recomienda la obra LÓPEZ-PIÑERO, José María & MORALES MESEGUER, José María, 1970, *Neurosis y Psicoterapia. Un estudio histórico*. Madrid: Espasa-Calpe.

tomos de la *Historia de la Sexualidad* y especialmente en los cursos del Collège de France de los años 80 se ocupará del sujeto como producto de unas prácticas específicas de sí mismo. Lejos quedamos de las lecturas foucaultianas clásicas de las que ha sido abanderado en el campo de la locura y psiquiatría, como la del movimiento antipsiquiátrico.⁴

Por lo tanto es en estos últimos textos de Foucault donde analiza no solo la arqueología de la producción de discursos, o la genealogía del régimen histórico de la verdad producida por los juegos de poder-saber, sino “los efectos de esas prácticas de veridicción en la constitución de la subjetividad [...] para resaltar la posibilidad de organizar nuevas formas de experiencia individuales y comunitarias” (Stella, 2017, p. 202). Evitando conscientemente llegar al extremo de la cuestión que se le reprocha a Foucault sobre la ontologización del poder de la que para algunos no termina de librarse incluso en esta última época en la que reconstruye la subjetividad, nos pararemos en su estudio inconcluso de las prácticas de cuidado de sí con el objetivo de, a modo de paréntesis, brindarle un espacio a la psicoterapia en la historia de la subjetividad, en tanto ejercicio de resubjetivación y nueva configuración de sí mismo que se produce de manera mediada y bajo ciertas condiciones a través de la reflexión en el encuentro psicoterapéutico.

Con cuidado de sí estaríamos hablando de aquellas prácticas que, entendidas bajo el concepto de tecnologías del yo, buscarían la transformación y acceso a cierto modo de ser del sujeto. Las prácticas de cuidado de sí hacen del mundo el lugar de emergencia de una subjetividad, mundo como oportunidad de autoconocimiento y autotransformación. Definimos por tanto este cuidado de sí como constituyente de un “corpus que define una manera de ser, una actitud, formas de reflexión, prácticas que hacen de ella una especie de fenómeno en la historia misma de la subjetividad o [...] en la historia de las prácticas de subjetivación.” (Foucault, 2008, p. 27).

Aunque la naturaleza de las prácticas es la misma, se intuyen dos interpretaciones singulares acerca del objeto del cuidado en la última etapa del autor en su curso de 1984 (Foucault, 2014) que pone de manifiesto confrontando los textos platónicos *Alcibiades* y *Laques* (Stella, 2017). Alrededor del *Alcibiades*, Foucault articula la subjetividad en torno a la noción de ψυχή, como principio trascendente en el que el cuidado es contemplación en lo especular con lo divino; en el *Laques* el objeto del cuidado es el βίος, en cuanto estética de la existencia o manera de dar forma a la vida de uno, desmarcándose del cuidado del alma de Patocka⁵. Se

⁴ Una lectura alejada de dichos asuntos, más cercana a lo que nos ocupa y que estudia las implicaciones de Foucault para constituir una empiricidad diferente en psicopatología se encuentra en RAMOS, Pablo & REJÓN, Carlos, 2002. *El esquema de lo concreto. Una introducción a la psicopatología*. Madrid: Triacastela.

⁵ La distancia entre la misión de ambos autores no es tan ancha, pero excede del cometido de este texto. Jan Patocka forma parte de una serie de autores que con su relectura (no historiográfica) de los clásicos intentan dar

trata de unas prácticas que no se fundan en leyes universales, que introducen una disconformidad en la relación con uno mismo; un elemento que desestabiliza lo que se da por hecho, una apertura hacia un elaborarse novedoso en un plano distinto al mero conocimiento de nosotros mismos como acceso a la verdad, sino situado en la búsqueda de una armonización entre nuestras prácticas y una verdad que siempre nos sobrepasa y no conocemos, pero que no está dada de antemano. Quien encarna esta articulación entre el decir veraz de uno mismo (*parrhesía*) y el estilo de vida, coherencia entre vida y pensamiento, será Sócrates.

A lo largo de su desarrollo en *La hermenéutica del sujeto* y en otras conferencias de la época (Foucault, 2005, 2008, 2016), Foucault sitúa tres momentos destacados en la historia del cuidado de sí. El primer momento consiste en la reorganización de las tecnologías del yo presocráticas con la aparición de la *epimeleia heautou* socrático-platónica: el autoconocimiento como expresión soberana de la inquietud de sí, que da acceso a la verdad y permite reconocer lo divino de uno mismo. Después vendría un segundo momento, la edad de oro del cultivo de sí, en el siglo I y II d.C.. Aquí la inquietud de sí se vuelve coextensa con la vida, se universaliza y destaca en ella un papel corrector y reparador (paralelo a la medicina). Finalmente un tercer momento atendería al paso de la ascesis filosófica pagana al ascetismo cristiano en los siglos IV y V d.C., donde hace falta renunciar a sí mismo para alcanzar el autoconocimiento purificador del Texto.

Conviene aclarar en este momento que el cuidado de sí no es la psicoterapia de la antigüedad, ni la psicoterapia actual es una pastoral actualizada. Lo que queremos hacer ver es que la necesidad latente que tiene uno mismo de transformarse estará presente en todas las épocas pese a las diferencias histórico-culturales, y pese a las distintas concepciones de sujeto, enfermedad y locura. Habiendo sido el cuidado de sí captado por la pastoral cristiana, una vez ésta deje de ser eficaz como elemento transformador o estructural de la sociedad, y teniendo en cuenta los ingredientes mencionados con anterioridad, reaparecerá *en forma de* psicoterapia. Una psicoterapia en sentido estricto que, junto al entrenamiento deportivo, serán los equivalentes epocales al cuidado de sí greco-romano-cristiano.

La psicoterapia se configura entonces como avatar contemporáneo de las prácticas de resubjetivación, práctica que de manera asistida transforma las pautas de relación, comprensión y actuación de los individuos con respecto a sí mismos. Una práctica que

un giro de la estructura academicista de la filosofía contemporánea hacia unos términos en los que el propio pensamiento filosófico sea el motor y engranaje de la vida. Estaríamos hablando, más que de nuevas fundamentaciones, de nuevas actitudes. Y en sus desarrollos del cuidado del alma apreciamos implicaciones para la psicoterapia similares a las que intentamos llegar con Foucault.

responderá a la necesidad de medicalización de las pasiones, estableciéndose así un nuevo acercamiento entre filosofía y medicina en una relación de copertenencia.

3. La era de la integración en psicoterapia y sus problemas epistémicos

Desde los estudios sobre la histeria freudianos el panorama en el campo de la psicoterapia se ha complejizado. Actualmente conviven cientos de abordajes, cada aproximación “reclama para sí poseer las respuestas a los interrogantes sobre las causas de los trastornos mentales, los mecanismos de producción de síntomas, las teorías acerca de cómo se produce el cambio y un conjunto de técnicas encaminadas a conseguirlo” (Fernández Liria & Rodríguez Vega, 2002). Lo que no se ha conseguido demostrar es que una psicoterapia sea superior a otra en todos los casos. A razón de esta situación se ha representado la problemática a través del enigma del pájaro Dodo de Alicia en el país de las maravillas: todos han ganado y todos van a recibir un premio (Luborsky & Singer, 1975). Lo que parece que se pone de manifiesto es algo inherente al encuentro con el paciente. A la hora de formular un caso en psicoterapia la singularidad es abrumadora. Pueden establecerse ciertos patrones de comportamiento generadores de sufrimiento y refractariedad que se dan con frecuencia, esquemas interpersonales que sirven de guía, etc., pero de los que es imposible dar cuenta de unas definiciones descriptivas que agrupen y den cuenta de todas las singularidades que aparecen en el encuentro psicoterapéutico. Siempre hay sentido que excede, significados relevantes que se dejan fuera. En las últimas 3 décadas, alrededor de perspectivas constructivistas, narrativas y visiones posmodernas del *self* surge el movimiento de integración. Desde diferentes perspectivas se encuentran voces que abogan por el acceso único a realidades inventables, creadas en el encuentro, en un ánimo de apertura hacia la armonización de ciertas formas teóricas y técnicas. En el espectro de la integración figuran posturas cercanas al eclecticismo técnico, que presenta el argumento de que no es posible disponer de una teoría que dé cuenta de por qué pueden ser útiles a la vez intervenciones basadas en planteamientos epistemológicos incompatibles. Otra postura es la de la mera integración teórica que busca precisamente una teoría que permita explicar cómo actúan y pueden combinarse intervenciones de diferentes escuelas; finalmente la más popular y vigente, aquella que focaliza en los factores comunes a través de resaltar la eficacia de la escucha activa, de la propia relación terapéutica per sé, o por medio de conceptos como el de experiencia emocional correctiva, restauración de la moral, etc. (Fernández Liria & Rodríguez Vega, 2002). Movimientos que sin duda han

supuesto un enriquecimiento de la psicoterapia pero que no terminan de agotar los problemas epistémicos de la disciplina que nos ocupa.

4. Psicoterapia como práctica de resubjetivación. Conclusiones

Llegados a este punto, la fundamentación de la psicoterapia como una práctica de resubjetivación nos puede señalar el régimen de verdad en el que se mueve la psicoterapia. Considero que en el encuentro psicoterapéutico subyace un movimiento interno de carácter ontológico, no epistémico; algo que siempre excede a la verdad teórica (correspondiente a cada escuela), y que está relacionado con cómo nos abrimos, interpretamos y comprendemos el mundo, a los otros y a nosotros mismos. Entendiendo como sujeto alienado aquel descarriado en el diferir de sí (Rejón, 2016), la condición de posibilidad del tratamiento psicoterapéutico figura en la necesidad del individuo de colocarse frente a su facticidad, de relacionarse con ella. Uno sólo puede decidir, interpretar y comprender el mundo desde su situación histórica y particularidad temporal, desde su singularidad. La relación de la psicoterapia con su verdad no es epistémica tal que emite predicados comprobables; la psicoterapia funciona o no porque está poniendo el acto del diferir del sujeto de sí en una determinada dirección. La tematización de este trabajo con la articulación interna de la subjetividad será la ganancia de la psicoterapia con respecto a sus precursores. Y como práctica de resubjetivación, es preciso que esta verdad afecte al sujeto, no se trata de que el sujeto se vuelva objeto de un discurso veraz. Quizás sea el momento de atender y tematizar este momento de resubjetivación.

Bibliografía:

- DELEUZE, Gilles, 2015, *La subjetivación. Curso sobre Foucault. Tomo III*. Buenos Aires: Cactus.
- FERNÁNDEZ LIRIA, A., & RODRÍGUEZ VEGA, B., 2002, *La práctica de la psicoterapia. La construcción de narrativas terapéuticas* (2002.^a ed.). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- FOUCAULT, Michel, 2005, *La hermenéutica del sujeto. Curso del Collège de France (1982)*. Madrid: Akal.
- FOUCAULT, Michel, 2008, *Tecnologías del yo*. Buenos Aires: Paidós.
- FOUCAULT, Michel, 2014, *El coraje de la verdad. El gobierno de sí y de los otros, II. Curso del Collège de France (1983-1984)*. Madrid: Akal.
- FOUCAULT, Michel, 2016, *El origen de la hermenéutica de sí. Conferencias de Dartmouth, 1980*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- LAÍN ENTRALGO, Pedro, 1950, *Introducción histórica al estudio de la patología psicosomática*. Madrid: Paz Montalvo.
- LAÍN ENTRALGO, Pedro, 2005, *La curación por la palabra en la Antigüedad clásica*. Rubí (Barcelona): Anthropos.
- LÓPEZ PIÑERO, José María, 2002, *Del hipnotismo a Freud. Orígenes históricos de la psicoterapia*. Madrid: Alianza Editorial.
- LÓPEZ-PIÑERO, José María & MORALES MESEGUER, José María, 1970, *Neurosis y Psicoterapia. Un estudio histórico*. Madrid: Espasa-Calpe.
- LUBORSKY, L., & SINGER, B., 1975, Comparative studies of psychotherapy. Is it true that «everyone has won and all must have prizes?» *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1007.
- PESET, Víctor, 1959, Enfermedad mental y «enfermedad del alma», según los estoicos. *Clin. Laborat.*, LXVII, 45-55.
- RAMOS, Pablo & REJÓN, Carlos, 2002. *El esquema de lo concreto. Una introducción a la psicopatología*. Madrid: Triacastela
- REJÓN, Carlos, 2016, Vísceras, humores, alientos. Alma premoderna y subjetividad moderna. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 36(130).
- SCULL, Andrew, 2019, *Locura y Civilización. Una historia cultural de la demencia, de la Biblia a Freud, de los manicomios a la medicina moderna*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- STELLA, Andrea, 2017, *¿Qué es la filosofía? Foucault, Patocka y la noción de cuidado*. Universidad Autónoma de Madrid, Madrid.

Sobre el autor:

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Murcia (2013), realizó la especialidad de Psiquiatría en el Hospital Universitario de La Princesa en Madrid (2018). Actualmente trabaja en el Centro de Salud Mental de Chamartín.

Ha participado como colaborador docente en el Departamento de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid, es doctorando en la misma Universidad y su línea de interés en investigación radica en las áreas de psicopatología, teoría de la psiquiatría y psicoterapia.

juliangomezpenalver@gmail.com

ACOMPANYA'M: el reto de la atención integral del trastorno mental en población infanto-juvenil vulnerable

Maria Ribas Siñol , Marisa Joga Elvira

Resumen:

En la actualidad, 1 de cada 8 menores de 18 años (población catalana) necesita atención especializada en salud mental. En esta población existe un grupo especialmente vulnerable, constituido por niños y adolescentes en los que se suman graves dificultades en el entorno social y familiar. El presente artículo detalla un nuevo dispositivo de atención a esta población especialmente vulnerable, ofreciendo atención integral en los ámbitos de salud, social, familiar y académico, dentro de la red asistencial pública.

Abstract:

Currently, 1 in 8 children under 18 (Catalan population) needs specialized mental health care. In this population there is a particularly vulnerable group consisting of children and adolescents in which serious difficulties in the social and family environment are added. This article details a new device of attention to this especially vulnerable population, offering comprehensive care in the areas of health, social, family and academics, within the public assistance network.

Palabras clave: salud mental, infancia y adolescencia, vulnerabilidad, atención integral, principios éticos.

1. La salud mental infanto-juvenil

Según datos ofrecidos en el año 2011 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que aproximadamente el 20% de los niños y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas mentales y cerca de la mitad se manifiestan antes de los 14 años. Los trastornos neuropsiquiátricos son una de las 10 principales causas que disminuyen potencialmente la esperanza de vida. Se trata de trastornos crónicos que generan un fuerte sufrimiento personal y familiar con un elevado coste social. En definitiva, la salud mental es un indicador del bienestar de nuestra sociedad y está demostrado que, a mayor pobreza, mayor prevalencia de los trastornos mentales y emocionales en infantes (Gil y Roca, 2013).

Actualmente, un 4,7% de la población catalana menor de 18 años necesita atención especializada en Salud Mental (datos 2016-2017), es decir, unos 65.221 menores, adolescentes y jóvenes, o lo que es lo mismo, uno de cada ocho tiene un trastorno mental. De este grupo, un 15%, en algún momento de la historia natural de su enfermedad, necesitará hospitalización en una unidad de agudos de psiquiatría, mientras que un 20% presentará una evolución tórpida, como consecuencia del trastorno y/o el entorno sociofamiliar y requerirá un recurso de mayor intensidad, complejidad y duración que los ofrecidos por las unidades de agudos y subagudos. En esta población existe un grupo especialmente vulnerable, en el que se suman factores de salud mental y también otros relacionados con graves dificultades en el entorno social y familiar. Se trata de niños/as menores de edad, algunos de los cuales están tutelados por la Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia (DGAIA). En este sentido, los infantes atendidos en centros de protección, según un estudio elaborado por la DGAIA en el año 2013, multiplican por seis la prevalencia de trastornos emocionales y psiquiátricos en relación con la población general (24% frente al 4,7%) y además padecen trastornos con grave riesgo de cronificación asociado a discapacidad funcional, cognitiva y emocional, si no se lleva a cabo una intervención terapéutica y educativa intensiva. Se trata de un colectivo especialmente vulnerable.

2. Vulnerabilidad

El principio de vulnerabilidad (Rendrorff y Kemp, 2000) expresa fundamentalmente dos ideas. En primer lugar, revela la fragilidad de la existencia humana: todo ser humano es vulnerable y está expuesto a heridas, enfermedades, fracasos y a la muerte. Por tanto, la vulnerabilidad es un principio universal extensible a todos los seres humanos (vulnerabilidad

como concepto individual). La segunda idea es que la vulnerabilidad es el objeto de todo principio ético y se convierte en una responsabilidad de la sociedad, que no puede quedar indiferente a la vulnerabilidad del otro, sino que debe responder responsablemente (concepto de responsabilidad global que implica una respuesta general). Es necesario detectar al otro vulnerable y elaborar mecanismos de resolución de su vulnerabilidad (Torralba, 2002).

En el ámbito de salud mental existen colectivos especialmente vulnerables, siendo las personas con discapacidad y trastorno mental grupos con una elevada fragilidad. Existen otros colectivos menos conocidos que a menudo adquieren visibilidad cuando aparecen noticias alarmantes de situaciones de maltrato infantil. Muchos de estos niños/as y adolescentes son atendidos en el sistema de protección a la infancia, que facilita entornos de seguridad y posibilita el cumplimiento de los derechos de los niños/as.

En salud, la vulnerabilidad remite a la posibilidad de desarrollar una enfermedad resultado de factores individuales, colectivos y/o contextuales que predisponen a la misma y a una menor disponibilidad de recursos para protegerse. Recordemos que en el sistema de protección a la infancia, la prevalencia de problemas de salud mental es seis veces superior a la población general. Para algunos niños/as, la experiencia de victimización no ha sido un suceso puntual, sino una condición vital crónica que ha afectado a su desarrollo, ya que han vivido vulneraciones varias y reiteradas de sus derechos humanos (pleno desarrollo, educación o el derecho a no sufrir ninguna forma de violencia), han vivido situaciones de miedo y estrés que a menudo les han obligado a desarrollar mecanismos disociativos para poder sobrevivir, tienen modelos afectivos destructivos integrados dentro de sí (violencia, fuerte dependencia emocional...) y sienten un conflicto de pertenencia o de lealtad permanente durante la medida de acogimiento entre sus familias biológicas y los equipos que los atienden (Unicef Comité Español, 2017). Muchos de estos niños y adolescentes presentan un trastorno del vínculo, caracterizado por una manifestación de conductas disruptivas, hiperactividad e impulsividad. Otros casos, más graves, desarrollan trastornos mentales graves con una expresión sintomatológica asociada al trastorno de conducta. En conjunto, presentan una vulnerabilidad psíquica que no se limita al riesgo de desarrollar un trastorno mental, en una concepción amplia y humanística, sino que remite a la dimensión subjetiva de una situación de indefensión, un sentimiento de desprotección de la persona, expresada en la fragilidad de recursos cognitivos, emocionales, relacionales...para afrontar sucesos vitales o condiciones adversas. Cuando las acciones parentales se caracterizan por negligencia, arbitrariedad y violencia, pueden dejar al niño inerte y deficitario en el logro de la autorregulación afectiva y en la construcción de recursos simbólicos para lidiar con las

excitaciones interiores y exteriores, abrirse al mundo del conocimiento y al desarrollo emocional y cognitivo.

3. Necesidades de atención integral para infancia con trastorno mental de elevada complejidad

La atención especializada en salud mental para niños y adolescentes con problemas de salud mental y vulnerabilidad asociada a precariedad y conflictividad social y familiar, requiere intervenciones y tratamientos intensivos orientados a la recuperación de la enfermedad y que minimicen los efectos de la vulnerabilidad biológica, psicológica y sociofamiliar que padecen. Asimismo, la atención debe ser completamente integral y personalizada y deben aplicarse modelos educativos y afectivos diseñados específicamente para una infancia que ha sufrido victimización.

La red sanitaria y de protección a la infancia pública de Cataluña, previo a la existencia de la Unidad Acompanya'm, no disponía de dispositivos que integrasen la función terapéutica, educativa y residencial para los casos con trastorno mental grave que estaban en centros de acogimiento residencial de la DGAIA. Únicamente existía un centro que disponía de una atención clínica intensiva a nivel ambulatorio, detectándose que ésta era insuficiente para los casos de elevada complejidad. Las redes de atención daban una respuesta parcializada y puntual a las necesidades de esta población y ello producía que la DGAIA tuviera que contratar plazas en centros terapéuticos privados o que las familias tuvieran que asumir los costes de esta atención. Los recursos de la red pública no tenían la estructura ni el diseño adecuado para un tratamiento individualizado y centrado en la persona, que integrase la atención terapéutica, educativa y social, con intervenciones familiares a medio-largo plazo que fueran eficaces en el tratamiento de los trastornos mentales graves. Del mismo modo, los profesionales de los centros de protección a menudo no disponen del apoyo de los equipos especializados y de la formación académica específica para abordar casos de elevada complejidad con trastorno mental, lo que conllevaba un aumento de conductas auto/heteroagresivas, denuncias judiciales, ingresos y reingresos hospitalarios, cambios de dispositivo, desgaste del recurso.... Por otro lado, los profesionales sanitarios no podían llevar a cabo intervenciones integrales a nivel social, educativo y comunitario, produciéndose estancias hospitalarias muy por encima de lo pactado y de lo aconsejable a nivel clínico con el correspondiente riesgo de conducta yatrogénica, y un empeoramiento en la evolución de algunos casos. En cuanto a la intervención familiar, la implicación en el tratamiento de los

progenitores e intensiva en la dinámica familiar resultaba insuficiente en los casos de elevada complejidad clínica y socio familiar. Por último, otra grave consecuencia de la inexistencia de unidades terapéuticas educativas residenciales de titularidad pública era la renuncia de las funciones parentales como única opción para que los niños/as y adolescentes pudieran optar a un recurso terapéutico residencial de media-larga estancia. Sin embargo, los trastornos mentales, por sí solos, no son causa de desamparo. Esta situación suponía un sufrimiento añadido para muchos progenitores que no encontraban nuevas formas de reconducir la problemática con su hijo/a en el propio domicilio.

En este contexto y en consonancia con el Plan de Atención Integral a las personas con Trastornos Mentales y Adicciones, la Administración se planteó la revisión del modelo de atención en salud mental de la población infantil y adolescente tutelada por la DGAIA y la puesta en marcha de una Unidad Terapéutica-educativa y residencial que diera respuesta a la población con trastorno mental grave (TMG) y situación de especial vulnerabilidad.

4. La unidad terapéutica educativa Acompanya'm

La Unidad Terapéutica Educativa Residencial (UTER) Acompanya'm es, por tanto, un proyecto largamente esperado que tiene como objetivo ofrecer una atención terapéutica especializada a los menores con trastorno mental grave, teniendo en cuenta su dimensión biológica, educativa, familiar, escolar, social y comunitaria de forma intensiva y, así, disminuir la vulnerabilidad, el riesgo de exclusión social y el estigma. El centro, concertado entre los Departamentos de Salut y Treball, Afers Socials i Famílies de la Generalitat de Catalunya, cuenta con la colaboración del Departament d'Ensenyament, que aporta profesores y docentes especializados en educación especial, y es una de las primeras unidades educativas residenciales accesibles a la población desde el sistema sanitario público.

Acompanya'm, gestionada por el Hospital Sant Joan de Déu Barcelona, inició su actividad el pasado 23 de Abril de 2018. Cuenta con 28 plazas, 23 de las cuales están destinadas a niños y adolescentes tutelados por la Administración, destinándose las 5 restantes de forma prioritaria a familias en riesgo de claudicación como consecuencia de las dificultades subyacentes a los problemas de salud mental que sufren sus hijos. La población de referencia que atiende, proviene de toda la Comunidad Autónoma de Cataluña. La unidad plantea un modelo de atención para la patología grave infanto-juvenil que desde la perspectiva terapéutica coordina e integra los diferentes dispositivos asistenciales (educativos,

sociales, familiares y de protección a la infancia) que la persona necesita para su desarrollo y crecimiento, con el objetivo final de generar un proyecto vital adecuado a cada niño/a.

La Unidad está estructurada en 5 módulos de convivencia terapéutica, integrados por pisos con una capacidad para 5 o 6 personas y que reproducen totalmente un hogar. Los pisos cuentan con una organización concebida para fomentar la participación activa de los residentes con los profesionales que los atienden. También existen salas diseñadas para la comunicación con las familias y disponibles para terapias familiares e individuales. Además, la unidad dispone de 2 aulas docentes, un patio comunitario equipado para actividades deportivas y lúdicas, de interacción social y un gimnasio.

Los pisos terapéuticos también se habilitan para el modelaje conductual, ofreciendo a los niños/as modelos de intervención más adecuados no sólo con los profesionales, sino a menudo en intervención conjunta de los profesionales con las familias, aumentando de este modo la efectividad de los tratamientos orientados a la recuperación de los déficits y consolidación de habilidades. Esta dinámica también favorece una mayor homogeneidad de los estilos educativos para cada caso. Todas estas intervenciones tienen como eje un modelo de atención centrado en el desarrollo de capacidades, la mentalización de los conflictos, la psicoeducación y la recuperación del mundo emocional del niño, dañado en muchos casos por acontecimientos vitales altamente estresantes o por situaciones adversas.

Se trata de un modelo de atención pionero, tanto en lo relativo a la modalidad de las terapias, que pueden ser individuales, con los familiares, con grupos multifamiliares, o de autoayuda, entre otros; como en lo que respecta a la estructura, la recuperación e integración de hábitos de la vida diaria de la persona atendida.

La Unidad incorpora un modelo de contención emocional basado en el progresivo desarrollo de herramientas personales para gestionar el malestar, a través de un modelo biopsicosocial de trabajo en y con la comunidad, junto a todas las personas que han de dar soporte al crecimiento y recuperación del niño/a. Así pues, los residentes en la unidad reciben terapia, escolarización, realizan actividades lúdicas y deportivas, tanto dentro como fuera del centro, ya que también participan en diferentes actividades fuera de la unidad como parte de la intervención en un entorno más natural, tales como centros cívicos, colonias y actividades extraescolares. Asimismo, disfrutan diariamente de un período de tiempo destinado a dar paseos, algunos de forma autónoma y otros acompañados.

En relación al mundo laboral, una proporción elevada de los menores están vinculados a centros especializados en formación prelaboral, llegando a iniciar incluso una actividad laboral en entorno protegido, o asisten a escuelas públicas de forma progresiva hasta

conseguir su inclusión total, todo ello mediante un seguimiento personalizado de sus logros y de las áreas que deben recibir mayor soporte.

En resumen, estamos ante un modelo de atención basado en la desinstitucionalización, con una temporalización máxima de los ingresos de entre 6 y 18 meses, y que incorpora la intervención en el propio entorno de vida del niño o adolescente. Los permisos se realizan bien con los progenitores, la familia extensa o colaboradora, hecho que permite determinar con exactitud el progreso de cada caso e incluso, si fuera necesario, el equipo de Acompaña'm se desplaza al propio domicilio. Una vez el niño/a ha recibido el alta, se lleva a cabo un proceso de seguimiento y soporte durante 6 meses en el entorno comunitario. Es decir, se trata de un proyecto real centrado en la persona y en los adultos (padres, educadores, maestros...), procedimiento que respeta e impulsa el proceso de transición a la comunidad de manera individualizada y específica para cada niño o adolescente atendido. Esta forma de trabajo basada en la desinstitucionalización se apoya en el principio de no maleficencia (*primum non nocere*), ya que la estancia de un niño/a o adolescente en un centro residencial como Acompaña'm debe ofrecer la posibilidad de realizar de forma intensiva las intervenciones necesarias que faciliten su recuperación en el contexto más amplio del término (recuperación psíquica, emocional, reparación de las relaciones familiares...). No debe constituir, por tanto, un elemento revictimizador o una nueva fuente de pérdidas sino una oportunidad para desarrollar un proyecto vital individualizado.

El equipo multidisciplinar de la Unidad Acompaña'm está integrado por 45 profesionales de diferentes disciplinas especializados en salud mental y entorno educativo: psiquiatras, psicólogos, enfermeros y auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, educadores sociales y maestros.

5. Principales retos en la atención en salud mental de infantes en situación de especial vulnerabilidad

Los principales retos del nuevo modelo de atención interdepartamental que ha implementado la UTER Acompaña'm para el tratamiento de niños y adolescentes con trastorno mental severo de elevada complejidad clínica, familiar y social son diversos. Los más importantes son:

- Modelo asistencial para la patología mental grave infanto-juvenil que, desde la perspectiva terapéutica, coordine e integre los diferentes dispositivos necesarios (educativos, sanitarios, sociales, familiares y de protección a la infancia).

- La intervención interdisciplinar de un equipo compuesto por perfiles profesionales pertenecientes a diferentes ámbitos de atención (psiquiatras, psicólogos, educadores sociales, maestros, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y auxiliares de enfermería).
- La integración interdepartamental.
- Efectividad de la intervención y tratamiento que deben lograr la reinserción social, educativa y/o laboral en la comunidad y evitar la institucionalización.
- La incorporación de tratamientos específicos para los trastornos mentales y terapias para familias multiproblemáticas.
- Modelo de intervención educativo y emocional adecuado para la población de elevada complejidad y especial vulnerabilidad.

La coordinación e integración de los diferentes dispositivos, profesionales y departamentos (educativos, sanitarios, sociales, familiares y de protección a la infancia), desde una perspectiva terapéutica, supone la implementación de un **enfoque multidisciplinario** para el diagnóstico, evaluación y planificación del plan terapéutico individualizado de cada caso. Un enfoque multidisciplinario implica la participación de múltiples disciplinas para redefinir problemas fuera de los límites habituales y alcanzar soluciones basadas en una nueva comprensión de situaciones complejas. Hay cuatro aspectos fundamentales a tener en cuenta. El primero el desarrollo de espacios de encuentro compartido con los diferentes profesionales implicados en el caso independientemente del departamento o servicio al cual estén adscritos, con objetivos definidos y consensuados no sólo a nivel clínico, sino que incluyan todas las áreas psicosociales del niño/a o adolescente. Es por ello que la organización debe destinar un tiempo importante orientado a disponer de espacios de reflexión compartida con otros servicios ya que la comunicación regular entre los miembros del equipo inter y multidisciplinario es el segundo elemento clave. Debe asimismo priorizarse el acceso a una amplia gama de opciones terapéuticas, educativas, sociales... independientemente de la ubicación geográfica y priorizando el entorno natural en el cual debe vivir en un futuro el niño/a. Por último, el paciente y la familia (o cuidadores principales) deben participar del plan de tratamiento individual. El enfoque multidisciplinario ha demostrado efectividad como se describe en numerosos estudios (Neil J, Hochstadt D, Harwicke D, 1985). En este sentido, es el más adecuado para conseguir intervenciones y tratamientos efectivos orientados a la reinserción social y comunitaria, evitando la institucionalización de infantes en riesgo grave de exclusión social.

Uno de los retos importantes en la atención integral de niños/as y adolescentes con trastorno mental grave en acogimiento residencial es la incorporación de terapias familiares, ya que muchos de estos niños provienen de entornos con altos niveles de estrés y trauma, todo ello asociado a precariedad de recursos personales y sociales. De igual modo, se identifican conexiones entre las propias experiencias traumáticas infantiles de los padres y la afectación que produce en las prácticas parentales (Lyons-Ruth y Jacobvitz, 2016). Estudios recientes identifican que la mitad de todos los padres biológicos vinculados a servicios de protección han sufrido experiencias traumáticas en su infancia. En la población atendida en la UTER Acompaña'm existe una prevalencia elevada de trastorno mental en los progenitores, antecedente o consumo activo de tóxicos grave y situaciones adversas en la infancia (negligencia, disfunción familiar, abusos físicos, maltrato psicológico). Las altas tasas de trauma y psicopatología en los progenitores y sus hijos implican que nos encontramos ante situaciones de trauma complejo en el desarrollo. Concretamente significa que las familias presentan importantes dificultades para participar en los tratamientos, a menudo viven en entornos amenazantes y caóticos, tienen dificultades para confiar y relacionarse con profesionales clínicos y del entorno social, ya que las secuelas del trauma complejo los llevan a desconectarse de los tratamientos, negar los problemas o desconfiar de los sistemas de salud mental y de protección a la infancia.

La intervención familiar requiere, por tanto, la participación de los progenitores, que debe iniciarse con el establecimiento de un vínculo terapéutico de confianza con los profesionales que atienden a sus hijos, el cual debe incluir una evaluación de la capacidad e intervención más adecuada para la recuperación de las funciones parentales. Los adultos con historias de trauma complejo necesitan ayuda para dar sentido a sus problemas internos y experiencias relacionales, para identificar y colocar sus experiencias, sentimientos, pensamientos y comportamientos en un relato coherente y mentalizado. La terapia basada en la mentalización, la terapia familiar sistémica, el soporte familiar y la psicoeducación son las intervenciones más utilizadas. Cada caso dispone de dos terapeutas, uno de los cuales lleva a cabo la intervención con la familia y el otro con el niño/a o adolescente, para posteriormente realizar sesiones con todos los miembros de la unidad familiar. De la misma manera, son imprescindibles intervenciones en el propio entorno de vida familiar.

En relación al modelo de intervención educativo y emocional adecuado para la infancia con trauma complejo, trastorno mental y elevada complejidad clínica, social y familiar, la Unidad Acompaña'm ha implementado el modelo de disciplina positiva y afectividad consciente y positiva. El establecimiento del modelo de disciplina positiva está

basado en las evidencias observadas en muchos casos que han presentado traumas severos y continuos. Estos acontecimientos adversos generan en las personas que los han sufrido una incapacidad para asociar, simbolizar y mentalizar. A menudo estos niños/as y adolescentes presentan una elevada desregulación emocional, la conducta suele ser más reactiva e impulsiva que reflexiva y adaptativa y destaca un apego desorganizado. En este contexto era necesario plantear un modelo educativo que evitara los refuerzos negativos, los castigos o los juicios de valor y estuviera específicamente orientado a la comprensión de las emociones y los trastornos de conducta como una expresión del malestar intrapsíquico del infante. La disciplina positiva es una metodología que tiene sus orígenes en los años 20 en las ideas de los psiquiatras Alfred Adler y Rudolf Dreikurs, que estudiaron el mal comportamiento de los niños, planteando que éste era motivado por una carencia con respecto al sentimiento de pertenencia al grupo social. Dicho de otro modo, los niños se comportan de manera inadecuada porque se sienten excluidos o porque quieren pertenecer al grupo. A partir de los años 80, Jane Nelsen sistematizó y experimentó con la metodología de la disciplina positiva encontrando resultados exitosos. El modelo de disciplina positiva ha sido adaptado a las intervenciones psicoeducativas que se llevan a cabo en la UTER Acompaña'm, permitiendo comprender la conducta inadecuada de los niños promoviendo actitudes y estrategias positivas de interacción social. La Disciplina Positiva es educar desde la amabilidad y la firmeza, evitando el autoritarismo y el castigo, para generar una atmósfera de conexión necesaria para que la persona desee cambiar su comportamiento. En este contexto también se ha implementado el modelo de afectividad consciente y positiva desarrollado por Pepa Hornos en Aldeas SOS. La afectividad consciente se define como la capacidad que una persona tiene de generar un entorno protector, cálido emocionalmente y establecer relaciones afectivas positivas. Se trata de un proceso consciente, voluntario y sistemático que puede desarrollar cada cuidador con formación específica. Desde un enfoque de derechos, la afectividad consciente es garantía del derecho a la protección del niño/a y adolescente, ya que posibilita la creación de un entorno seguro y un buen trato. En un entorno educativo residencial y de cuidado institucional, donde las personas reciben un tratamiento integral durante un periodo relativamente largo de tiempo (entre 6 y 18 meses) y donde se asume también la responsabilidad de garantizar el desarrollo pleno de la persona, hay que implementar un modelo de afectividad positiva como competencia profesional que guíe y oriente las relaciones interpersonales evitando crear nuevas situaciones de estrés o de pérdidas en una población que sufre carencias afectivas importantes.

6. Conclusiones

La situación de elevada vulnerabilidad de los niños y adolescentes con diagnóstico de trastorno mental severo y elevada complejidad social y familiar, requiere un abordaje muy especializado e intensivo que, hasta la aparición de la Unidad Terapéutica-Educativa Residencial Acompaña'm, no era posible ofrecer desde la red asistencial pública. Hasta su inauguración en abril de 2018, estos pacientes y sus familias recibían atención desde diferentes dispositivos (servicios sociales, centros de salud mental, hospitales...), con el riesgo de atención “parcelada” que esto implicaba. El abordaje del trauma complejo, situación que engloba las diferentes dificultades y síntomas de estos niños y adolescentes, requiere de una intervención integral entre profesionales de diferentes especialidades (psiquiatras, psicólogos, educadores, trabajadores sociales, enfermeros, auxiliares de enfermería y maestros, todos especializados en la atención de niños y adolescentes con diagnóstico de trastorno mental severo y elevada complejidad social y familiar) y diferentes dispositivos que trabajen de forma conjunta en un mismo espacio y con el mismo foco de atención: la reinserción social, educativa y/o laboral en la comunidad y evitar la institucionalización. Para ello, la unidad ofrece tratamientos específicos para los trastornos mentales y terapias para familias multiproblemáticas, incorporando nuevos modelos de intervención desde todas las perspectivas posibles (educativa, emocional, estabilización clínica, intervenciones individuales y grupales...). Dentro de este plan de trabajo resulta fundamental la incorporación del propio niño y adolescente en su proceso terapéutico, ya que en sí mismo constituye su proyecto de futuro, y de sus familias. Todo este esfuerzo integrador tiene sus frutos en una mejor atención a una población especialmente vulnerable y victimizada. El sistema de trabajo integrador, innovador y de alta especialización que ofrece Acompaña'm, permite restablecer la salud de sus residentes desde una perspectiva global, más humanizada y personalizada.

Bibliografía

- ADLER, Alfred, 1975, *El niño difícil*, Madrid: Editorial Escasa Calpe.
- COLETTI, Maurizio, 1997, *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática: La experiencia de Ciutat Vella*, Barcelona: Paidós.
- CRUESS, Richard, 2014, *Updating the Hippocratic Oath to include medicine's social contract*, Montreal: Medical Education.
- GENERALITAT DE CATALUNYA, 2013, *Infants i adolescents amb mesura protectora i problemes de salut mental*, Barcelona: Departament Treball, Afers Social i Família.
- GILI, Margalida, 2013, *The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centres, 2006 and 2010*, Palma de Mallorca: European Journal of Public Health.
- HOCHSTAD, Neil, 1985, *How effective is the multidisciplinary approach? A follow-up study*, Chicago: Child Abuse & Neglect.
- HORNO, Pepa, 2017, *Afecto, límites y consciencia. La disciplina positiva en los programas de Aldeas Infantiles SOS*, San José de Costa Rica: Oficina Regional de Aldeas Infantiles SOS para Latinoamérica y el Caribe.
- HORNO, Pepa, 2018, *Afectividad consciente como competencia organizacional en Aldeas Infantiles SOS*, Oficina Regional de Aldeas Infantiles SOS para Latinoamérica y el Caribe: Espirales Consultoría de Infancia, *Espirales Consultoría de Infancia*.
- LYONS-RUTH, Karlen, 2016, *Attachment disorganization from infancy to adulthood: Neurobiological correlates, parenting contexts, and pathways to disorder*, New York: Guilford Press.
- NELSEN, Jane, 2007, *Cómo educar con firmeza y cariño*, Barcelona: Ed. Medici.
- RENDTORFF, Jacob, 2000, *Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability – Towards a foundation of bioethics and biolaw*, Copenhagen: *Medicine, Health Care and Philosophy*.
- TORRALBA, Francesc, 2002, *Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas*, Barcelona: Institut Borja de Bioética.
- UNICEF, 2017, *El acogimiento como oportunidad de vida*, Madrid: UNICEF Comité Español.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), 2011, *Mental Health Atlas 2011*.
www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011

Sobre las autoras:

María Ribas Siñol es Psicóloga Clínica, Coordinadora asistencial de la Unidad Terapéutica Educativa Acompanya'm Hospital San Joan de Deu de Barcelona, desde el año 2018, y Coordinadora de la Unidad Terapéutica del Centro Educativo Els Til·lers, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, desde el año 2006. Máster en Maltrato Infantil y Violencia Filio Parental. Especialista universitario en peritaje psicológico, en humanización y atención espiritual en sociedades plurales. Miembro del Comité de Ética en Intervención Social de Sant Joan de Déu desde el año 2009.

mribas@sjdhospitalbarcelona.org

Marisa Joga Elvira es Psiquiatra en la Unidad Terapéutica Educativa Acompanya'm del Hospital Sant Joan de Deu. Psiquiatra responsable médica del Instituto de Diagnóstico y Atención Psiquiátrica y Psicológica (IDAPP) en Barcelona. Master en psicoterapia integradora por la Universidad de Alcalá de Henares. Diploma de estudios avanzados de tercer ciclo por la Universidad Complutense de Madrid.

mjoga@sjdhospitalbarcelona.org

Jugar, contar y filosofar. Prácticas orientadas al ejercicio de autonomía para la promoción de la salud

María Belén Campero y Romina Gianfelici

Resumen

Cosas invisibles es un grupo de trabajo autogestivo. Quienes lo integran buscan promover espacios cooperativos para la creación y el disfrute de sentidos a partir de la práctica y apropiación de los recursos de la filosofía, la literatura y el juego. Desde 2016, participan del Programa *Ronda minúscula* con un dispositivo diseñado para intervenciones en las salas de internación pediátrica de dos hospitales públicos. Esta investigación intenta fundamentar la relevancia de integrar a las prácticas de cuidados de la salud la inquietud por producir experiencias lúdico-filosóficas, que favorezcan el ejercicio de autonomía y la promoción de la salud.

Abstract

Cosas invisibles is a self-managed work group. Those who integrate it seek to promote cooperative spaces for the creation and enjoyment of the senses from the practice and appropriation of the resources of philosophy, literature and play. Since 2016, they participate in the *Ronda minúscula* program with a device designed for interventions in the pediatric hospitalization rooms of two public hospitals. This research attempts to establish the relevance of integrating into health care practices the concern for producing playful and philosophical experiences that favor the exercise of autonomy and the promotion of health.

Palabras clave: Filosofía, literatura, juego, autonomía, infancia, promoción de la salud.

Todos los adultos fueron niños alguna vez, pero sólo unos pocos lo recuerdan

Antoine de Saint-Exupéry

La enfermedad es el lado nocturno de la vida, una ciudadanía más cara. A todos, al nacer, nos otorgan una doble ciudadanía, la del reino de los sanos y la del reino de los enfermos. Y aunque preferimos usar el pasaporte bueno, tarde o temprano cada uno de nosotros se ve obligado a identificarse, al menos por un tiempo, como ciudadano de aquel otro lugar.

Susan Sontag

1. Ir, venir y volver: breve recorrido

Cosas invisibles es un grupo de trabajo autogestivo, conformado en 2014, con el que buscamos promover espacios cooperativos para la creación y el disfrute de sentidos a partir de la práctica y apropiación de los recursos de la filosofía, la literatura, el diálogo y el juego. Con ese horizonte desde abril de 2015 diseñamos y coordinamos talleres de filosofía en bibliotecas populares, centros culturales públicos, con propuestas dirigidas a niñas/os, adolescentes y adultas/os.

La lectura, el juego y la filosofía están desde el más prematuro bosquejo y junto a estos el anhelo de llevar los talleres a salas de espera de hospitales. Pero, ¿cómo? nos preguntábamos recurrentemente. En la medida en que fuimos fundamentando nuestra praxis y encontrando un lugar en las bibliotecas públicas y populares de la región, comenzamos a idear el proyecto de bibliotecas en los hospitales que inviten a las/os niñas/os y las familias a hacerles preguntas a los cuentos, dibujarse, dibujar los personajes, producir sus propias historias. Bibliotecas que ofrezcan recursos lúdicos y de lectura, a la vez que la posibilidad de crear y dialogar.

El hospital es un espacio donde muchas veces los niños/as tienen que estar en contra de su voluntad, porque están enfermas/os o porque alguien de su familia lo está, y consideramos que en estas circunstancias la posibilidad de elegir un libro introduce algo diferente a la espera impuesta. Pensamos que el simple acto de elegir un libro podría habilitar a las/os niñas/os a resignificar su estar ahí, esa elección pone en juego intereses, gustos propios e inquietudes. Y en tanto que selección intencionada, la simple preferencia de un libro

sobre otro produce sujetos de decisión, a la vez que nuevos sentidos y nuevos vínculos con las instituciones de salud.

El proyecto, si bien y por diferentes razones, no ha podido completarse, en este último tiempo se ha ido modificando. Pudimos armar un cajoncito rodante y comparar una serie de libros seleccionados que compartimos con las trabajadoras del espacio de la Sala de Internación infantil del Hospital Provincial. Pero, además, nuestra iniciativa dio pie a que nos invitaran a participar del programa *Ronda minúscula* a través del cual hacemos intervenciones dentro de las salas con un dispositivo que creamos especialmente para ello: PLiF —Pequeño laboratorio de investigación filosófica—.

Por otra parte, y esto es lo que nos interesa especialmente poner en común, esta experiencia nos ha exigido preguntarnos ¿por qué hacemos lo que hacemos?, ¿cómo concebimos la infancia?, ¿cómo pensamos la salud?, ¿cuándo y en qué espacios se trabaja en la promoción de la salud? y ¿qué es lo que articula la teoría con la práctica?

2. El territorio de lo inacabable

Para poder pensar la infancia, antes tenemos reconocer que hay diferentes formas de concebirla -seguramente tantas como sujetos pensantes-, y también necesitamos ubicarla como una construcción histórica (Dussell, 2014), como una instancia dentro de la estructura de la sociedad (Southwell, 2017; Bustelo, 2012). Una instancia no de transición sino de características singulares y con un sentido moviente que hace que la infancia sea esto que está siendo.

Desde Jacques Rousseau y su “*cada vez que veo un niño me emociono por lo que podrá llegar a ser*” (Skliar, 2010), existe la pregunta “¿qué vas a ser cuando seas grande?” que, no solo da por hecho que en ese ahora en el que se formula lo que se hace no tiene relevancia, sino que además supone que ese niño/a tiene algo por hacer distinto a lo que puede en ese momento.

¿Cuántas veces nos encontramos diciendo que una actitud tal es típica de niño/a o nos detenemos ante alguien y sugerimos que *es infantil* por verlo haciendo alguna cosa con notable insistencia? Decimos insistencia porque consideramos que si hay algo que caracteriza la infancia es la intensidad con la que se hacen las cosas, la cual es muchas veces mal interpretada por los/as adulto/as que la llevamos, con toda facilidad, al lugar del capricho. Ahí, y sin explicación: *no lo hagas más*.

Hay una cuestión que tenemos que tener en cuenta, y es que cuando hablamos de infancia nos referimos al tiempo, pero no al tiempo cronológico que se pierde o se termina, sino a ese tiempo extraído de la lógica secuencial, que se identifica, siguiendo a Benjamin (2015), con el tiempo de la repetición⁶. La infancia, como dice Walter Kohan (2009), es el tiempo *aión*, que significa niño/a que juega (Heráclito, párrafo 52), y este es el tiempo compartido con la filosofía. *Aión* es el tiempo de la intensidad, de lo que nunca podrá ser medido o calculado, a diferencia del *cronos* que reduce la experiencia a la divisibilidad del tiempo presente. Después, está *kairós*, que tampoco se mide y que refiere al acontecimiento, a la oportunidad, a lo que ocurre en un momento determinado y no en otro en el que, podemos decir, se conforman filosofía e infancia.

¿Cuántas veces nos apuramos en cambiarle el juego o el libro a nuestros/as niños/as? “Este lo leíste muchas veces”, decimos, “¿otra vez este juego?, así no vas a aprender nada nuevo”, por mencionar algunas de las frases que con más frecuencia escuchamos. La infancia y la filosofía insisten, una y otra vez. Deben vivirse y practicarse, se disfrutan y, a lo mejor por eso, se repiten.

Hay una corriente del pensamiento que habla del fin de la infancia, pero también está la que se opone a ella. Inés Dussel, especialista en educación, sostiene que “*la infancia no está muerta, es una categoría que interpela y produce subjetividades*”. La filosofía como aquello que desobedece, como la forma de rebelarse ante lo que se nos presenta —o impone— como agotado es un modo de habitar la infancia. Y es, precisamente, en el territorio de la desobediencia en el que convergen ambas y su forma inacabable.

Corea y Lewkowics en *¿Se acabó la infancia?* (1999: 25), refieren al fin de la infancia como agotamiento, donde lo que se agota es la infancia como referencia “*al cachorro humano frágil e inocente, dócil y postergado a un futuro*”. En este sentido, el fin de la infancia del que hablamos refiere a la llegada de un nuevo comienzo y no de algo que deba trascenderse. Siguiendo a Hannah Arendt (Bárcena, 2002), cada niña/o que nace es una oportunidad, para la humanidad entera, de empezar de nuevo. La infancia y la filosofía nos (ex)ponen permanentemente a la novedad, transformando los conceptos, emociones y deseos con los que (de los que) vivimos.

⁶ Si bien Benjamin (2015: 31) admite que el juego infantil se encuentra saturado de conductas miméticas, jugar a “hacer” x, o “como si” tal cosa, sostiene que la esencia del jugar no es “hacer como” sino un “hacer una y otra vez”, consolidar una repetición que transforma la vivencia más emocionante en un hábito.

Las/os niñas/os son mientras están siendo. Tenemos que dejar de pensarlos como lo que dejarán de ser y reconocerlas/os en su particularidad actual. Antelo, en el prólogo de *Figuras de lo infantil* de Leandro de Lajonquière (2011: 12) sostiene que “*no existe nada parecido a la desaparición de la infancia*”, que “*la infancia es cosa de adultos*”. La infancia, podemos decir, es lo que se define por aquello que un/a adulto/a puede preguntar(se) sobre sí mismo/a, y eso es, en definitiva, lo que no tiene fin. Quienes han hablado del fin de la infancia, o del fin la filosofía, lo han hecho errando sus perspectivas de análisis, obviando que son categorías que exceden toda posibilidad de medición o cuantificación porque son, en sí mismas, pura intensidad. Y es esa, justamente, la razón de su inacabamiento.

3. Del hábito a la experiencia

El hábito ¿es una experiencia? Muchas veces, en el marco de las costumbres, se silencian las inquietudes, se velan las novedades y se condicionan la imaginación y la creatividad. En esos términos la experiencia se distancia del hábito. ¿Cómo producimos la irrupción en el hábito? Filosofando, decimos, porque filosofar nos da la oportunidad de detenernos, de parar el tiempo, como niños/as ver y observarnos como parte del mundo. Filosofar es, como lo dicen Deleuze y Guattari (2001: 11), una creación y, al mismo tiempo, una apertura. Es lo que nos deja percibir la distancia que hay entre nosotros y lo otro, dice Garcés, y hacer algo con ella, inventarle un sentido.

La filosofía es una sabiduría desposeída. Es ese no saber lo que la convierte en experiencia, en un ejercicio constante de indagación. Y es la temporalidad de la infancia la que nos habilita y nos da la posibilidad de filosofar. Ambas, infancia y filosofía, expresan la necesidad que tenemos de encontrarnos con el mundo. Es al mundo de hoy, que se nos presenta como separado, exterior e independiente a nosotros mismos, al que tenemos que cuestionar. Nos debe inquietar la certeza, debemos poder pedir razones ante ella: ¿por qué es así?, ¿por qué dice eso?, ¿y si sucediera que...?

También podemos hacer el pasaje a la experiencia jugando, porque lo lúdico permite usar toda la personalidad sin restricciones, sin convencionalismos, sin prejuicios. En el juego todo está por hacerse. Sin excepción, todos/as somos capaces de reconocernos en él, pero, además, podemos descubrir nuevos mundos, nuevas destrezas y posibilidades. El juego nos pone en posición de creadores.

La palabra es otra forma de irrumpir en el hábito porque, como dice Graciela Montes (2018: 46), la podemos usar para construir ilusiones: “*Si digo agua nadie se moja, pero todos*

evocamos mojaduras”. Destacamos en especial las palabras en el cuento, que se manifiestan allí con toda su potencia novedosa, creadora. Sí, alguien puede objetar que se trata de imaginación o fantasías, pero también interesa señalar que el cuento nos muestra cómo entrar y salir de la ficción (Montes, 2018: 47). El cuento no está solo, necesita de ser contado, de esa voz —o voces— que narra/n, para encontrarse con otro/a que escucha o lee. El cuento, como la infancia y la filosofía, vive sólo en ese tiempo del acontecimiento que, además de estar al margen de *cronos*, se produce con otros/as.

Con esas coordenadas llegamos a la invención de PLiF: Pequeño Laboratorio de Investigación Filosófica, dispositivo que se ubica en el cruce de la narración oral y la filosofía, diseñado para las intervenciones en salas de internación pediátrica hospitalaria.

Para hacer PLiF nos convertimos en investigadoras de preguntas e historias, y como tales vamos en busca de algo que no tenemos, vamos a inventar una temporalidad para vivirla con otras/os en un territorio que está entre lo íntimo y lo público, en la acción y en el compartir, dedicando especial atención a motivar inquietudes y transmitiendo las nuestras para que se conviertan en iniciativas de investigaciones y construcción de nuevos conceptos. Estamos convencidas de que la filosofía *se hace* y que para ello es importante crear espacios en los que sea posible la repetición y la insistencia, preparar el terreno de una investigación con escucha alerta, con mirada y reconocimiento, así como con interrogación cuidadosa y disentimiento respetuoso, en el que no se habla de cualquier cosa sino de aquello sobre lo que se quiere conocer o descubrir, más allá de lo que la cosa aparenta ser a simple vista.

La infancia no puede separarse de lo cotidiano, de cómo nos sentimos. La vida, afirma Dussel (2014), es la experiencia límite y la cotidianidad es aquello que nos la enseña. Solo desde ese lugar, pensando la infancia como una forma de habitar el mundo, podemos reeditar conjeturas que nos acerquen a lo que los/as niños/as están viviendo y necesitando (Petit, 2018). En consecuencia, “*la infancia es una forma específica de experiencia en la vida; una forma específica con una fuerza, una intensidad y una manera particular de estar en el mundo*” (Salviolo, 2018). La filosofía es lo mismo, es “*la elaboración consciente de esa necesidad inacabada de aprendizaje y de transformación que se resiste a todo estándar y a toda codificación*” (Garcés, 2015: 179). Como lo es la literatura que supera los condicionamientos de los hábitos a las funciones y se convierte en experiencia para construir imaginarios (Montes, 2018: 52-53).

La infancia, la filosofía y la literatura están en una dimensión opuesta a la del *saber cómo*, y nosotras como promotoras de una práctica experiencial, pensamos y discutimos muchas veces sobre lo que hace *el saber*, conversamos sobre ese hábito de generar supuestos

que nos llevan a desconocer a las personas y a nosotros/as mismos/as, acerca de la importancia de la escucha, de las formas de relación, de lo que produce una mirada.

Antes, entendíamos que lo afectivo (cuestión central en nuestro trabajo) dependía de un proceso, sin embargo, a partir de PLiF descubrimos que hay algo más en todo esto, que tiene que ver con convocar y sentirse convocado, que no solo hace falta tiempo (libre) para habitar la infancia, sino convite y decisión.

Nos dimos cuenta de que, incluso en momentos en el que todo ocurre con una velocidad imperativa, hay a quienes no les hace falta, sino que les sobra tiempo. Un tiempo otro, incluso al de la tríada clásica —*cronos, aión, kairós*— y que es el de la espera: ¿qué se espera cuando se espera?, ¿qué pasa cuando aparece la suspensión del tiempo de la temporalidad habitual?, ¿qué percepción del tiempo tiene un niño/a internado/a? ¿cuál su familia?, ¿y los/as trabajadores/as dentro de las instituciones de hospitalización? ¿cuál es la nuestra como trabajadores/as de la cultura?, ¿hace falta transformarla? ¿por qué?

Y ¿qué sucede cuando se interrumpe la secuencia de ese tiempo de espera? Aparece el acontecimiento, la invitación a experimentar el instante de nuestra sensibilidad, esa en la que transcurre la infancia, la nuestra, la que podemos hacer, la que puede transformar el *estar enferma/o* en *estar siendo infante*. El acontecimiento se reinventa como tiempo repleto de ahora donde algo nos pasa y nos transforma, dice Malvina Argumedo (2017).

Entonces, la infancia y la filosofía se habitan, están mediadas por la sorpresa, por la novedad, porque son capaces de modificar la espera y romper con el orden de las medidas. Y si no, hagamos una prueba ¿se animan? Lxs invitamos a vivenciar eso que está entre “Había una vez... y colorín colorado” Les queremos contar la historia de Filotea, una señora que tiene que tomar una decisión muy pero que muy importante, es un cuento de Ema Wolf (2017: 5-7).

“Resulta que Filotea no sabía si tirarse o no tirarse. ¡Ggggg! Le daba miedo, miedísimo. Dio un paso atrás, se detuvo y zas, volvió a mirar, ¡ayy! ¡qué vértigo!

Filotea ¡coraje! Se dijo a sí misma. Yyyy juntó las manos, cerró los ojos, apretó la respiración, tomó impulso y... no se tiró.

Y volvió a dudar esta Filotea, —¿qué hago? Respiró profundo otra vez, ya sé, ahora sí, no me va a ganar este miedo a mí. Y fue a buscar y se puso rodilleras, muñequeras, zapatos de corcho y lo principal, un almohadón en el traste.

—¡Ahí voy! 1 2 3, brrrrrr.

No fue

—Ay es que es tan alto, se dijo. ¿Y si me estrello?

—Ya sé, ahora sí, lo que necesito es más protección.

Se puso un casco, un chaleco neumático, un paracaídas en la espalda y sí, también eran necesarias, unas buenas antiparras.

Entonces sí: pegó un envión y zzzzzzzzzzzz cayó planeando en la vereda, y sin romperse nada de nada.

Es que las hojas como Filotea siempre exageran un poco, pero al final, en el otoño -como ahora- se animan y caen zzzzzzzzzzzz.”

4. Conclusión

Un cuento es todo aquello que nos sumerge en el territorio de la confianza, que nos lleva con palabras, que nos impulsa a aventurarnos a lo desconocido, eso que hace que casi sin querer estemos ahí, al borde, al lado de Filotea sintiendo vértigo, que luego consigamos protección y coraje, que la acompañemos en la hazaña de ir hacia adelante y hacer lo que no se animaba; para después, con un gesto que calma devolvemos la ficción: Filotea es una hoja ¡pensativa y con antiparras!

Eso es también, para nosotras, la promoción de la salud. La transformación de lo que se supone dado, aquello que da lugar a la vivencia y pone al alcance de todxs la oportunidad de inventar, de construir. Mostrar que siempre es posible volver a empezar, un juego, una lectura, una idea, una forma de vida. Apropiarnos de esa oportunidad es ejercicio de autonomía.

Según el diccionario (1992: 3341), hospitalario/a es aquel/lla que recibe y acoge en su casa o en su tierra a los/las visitantes o extranjeros/as con amabilidad y toda clase de atenciones. Michel Petit (2009: 372) nos habla de los libros como hospitalarios, dice que los libros *“nos permiten soportar los exilios que marcan todas las vidas, pensarlos, construir nuestras casas interiores, inventar un hilo conductor en nuestras historias, reescribirlas día tras día. Y algunas veces nos empujan a atravesar océanos, al otorgarnos el deseo y la fuerza para descubrir paisajes, rostros nunca vistos, tierras en las que tal vez será posibles otras cosas, otros encuentros.”*

Finalmente, promover la salud implica asumir la vida como un problema común y visibilizar que podemos, hasta en los estados de mayor vulnerabilidad, convertir el tiempo en experiencia. Promover la salud supone la urgencia de la creación de redes afectivas que admitan y acompañen la transformación, tanto para aumentar la autonomía de quienes participan del vínculo, como para incrementar los límites de lo posible (Ferrandini, 2011).

¿Podremos hacer de los hospitales un territorio hospitalario?

4.1 Ejes principales del proyecto

Siempre hay espacio para la promoción de la salud. Ese es nuestro punto de partida. No suponemos en el otro alguien carente de salud. Somos nosotras las que estamos en la búsqueda de algo que no tenemos y que otros nos pueden dar. No diagnosticamos una necesidad, sino que queremos compartir la nuestra.

- Esa es la herramienta para convidar, para convocar y hacer parte a los otros del proceso.
- Está siempre presente la posibilidad de hacer y elegir, invitamos a la invención de preguntas, presentamos un menú de historias diferentes, se pueden dar razones de las elecciones que se hacen.
- Las redes afectivas no se producen *en el* tiempo, sino que dependen de una actitud frente al mundo. Dar lugar al acontecimiento las habilita. Los lazos que se producen son necesarios para la experiencia.
- La infancia, la filosofía y la literatura comparten ese lugar, ese tiempo y espacio que no puede traducirse más allá de sí mismo.
- La infancia se habita en cualquier momento, no depende de un tiempo cronológico. Es del terreno de lo inacabable.
- La promoción de la salud implica asumir la vida como un problema común y que todos padecemos con otros,
- Hacer filosofía en hospitales tiene que ver, por un lado, con incluir ese espacio en la vida cotidiana y por el otro con hacer de la filosofía una forma de vida.

Bibliografía

- AGAMBEN, Giorgio, 1996, *La comunidad que viene*, Valencia: Pre-textos.
- ANTELO, Estanislao, 2014, “¿Qué se puede hacer con un niño?” <https://www.youtube.com/watch?v=5Gvht9EjvKc>.
- BÁRCENA, Fernando (2002) “Hannah Argent: Una poética de la natalidad”, *Revista de Filosofía*, n° 26, pp. 107-123.
- BENJAMIN, Walter, 2015, *Juguetes*, Madrid: Casimiro.
- BUSTELO, Eduardo, 2012, “Notas sobre Infancia y Teoría”, *Salud colectiva*, Buenos Aires. <http://www.unla.edu.ar/saludcolectiva/revista24/v8n3a06.pdf>
- COREA, Cristina, LEWKOWICZ, Ignacio, 1999, *¿Se acabó la infancia?: ensayo sobre la destitución de la niñez*. Buenos Aires: Lumen/Humanitas.
- DE LAJONQUIERE, Leandro, 2011, *Figuras de lo infantil: el psicoanálisis en la vida cotidiana con los niños*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- DELEUZE, Gilles, GUATTARI, Felix, 2002, *¿Qué es la Filosofía?* Biblioteca de Filosofía, Madrid: Editora Nacional.
- DIKER, Gabriela, 2009, *¿Qué hay de nuevo en las nuevas infancias?*, Buenos Aires: Universidad Nacional de Sarmiento.
- DUSSEL, Inés, 2014, “Entrevista realizada por Estanislao Antelo”. <https://www.youtube.com/watch?v=8F51er5wzb0>.
- Española, R. A., & Madrid, E. (1992). *Diccionario de la lengua española*. Madrid.
- FERRANDINI, Débora, 2011, *Algunos problemas complejos de salud*. Buenos Aires: Mimeo.
- GARCÉS, Marina, 2015, *Filosofía inacabada*. Barcelona: Galaxia Gutenberg.
- KOHAN, Walter, 2009, *Infancia y filosofía*. México: Editorial Progreso.
- LLOBET, Valeria, 2011, “Las políticas para la infancia y el enfoque de derechos en América Latina. Algunas reflexiones sobre su abordaje teórico”. *XXVIII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología*, Recife.
- MINNICELLI, MERCEDES, 2009, “Infancia, significativa en falta de significación”. *Revista Educación* vol.25 no.1, Belo Horizonte.
- MONTES, Graciela, 2018, *La frontera indómita: en torno a la construcción y defensa del espacio poético*. México: Fondo de Cultura económica.
- PETIT, Michelle, 2018, “Pensar la niñez como una forma de habitar el mundo”, Entrevista realizada por Karina Micheletto <https://www.pagina12.com.ar/120927-pensar-la-ninez-como-una-forma-de-habitar-el-mundo>
- PETIT, Michelle, 2009, *El arte de la lectura en tiempos de crisis*, México: Océano travesía.
- PEUSNER, Pablo, 2006, *Fundamentos de la clínica psicoanalítica lacaniana con niños*, Buenos Aires: Letra Viva.
- RODRÍGUEZ, SIMÓN, 2008, *Inventamos o erramos*, Buenos Aires: Colihue, Biblioteca básica de autores venezolanos.

- SALVIOLO, Cielo, 2018, "20 años de derechos infantiles. Debates y perspectivas" Clase XXII. Módulo VII. Diplomatura superior en Infancia, educación y pedagogía. Cohorte 9, Flacso.
- SKLIAR, Carlos, 2010, "Mirar la infancia por lo que es", <https://www.youtube.com/watch?v=JTt5OsOqJUc>
- SOUTHWELL, Myriam, 2017, "El niño en la historia. La construcción de una mirada entre los impulsos modernizadores, la exclusión y el cuidado". Clase II. Módulo I. Diplomatura superior en Infancia, educación y pedagogía. Cohorte 9, Flacso.
- WOLF, Ema, 2017, *Filotea*, Buenos Aires: Loqueleo.

Sobre las autoras:

María Belén Campero es licenciada y Dra. en Filosofía por la Universidad Nacional de Rosario, Argentina, Diploma superior en Infancia, educación y pedagogía por Flacso Argentina, Asesora filosófica por CECAPFI, México. Cursa el Master en Filosofía 3/18 de la Universidad de Girona. Miembro fundadora de Cosas invisibles. Recibió varios premios y becas. Hizo estancias de investigación en el exterior. Es mediadora de lecturas y gestora cultural. En 2018 publicó *Mine y el tiempo. Una aventura puede comenzar en tu ventana* y el libro de poemas *Cuando morimos nos quedamos en casa*, editado por Alción. En 2019, *Mine y el recuerdo. El misterio de la habitación secreta*.

bcampero@gmail.com

Romina Gianfelici, es psicóloga egresada de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Rosario en 2016. Con fundamento en las conceptualizaciones del psicoanálisis, atiende consultas clínicas. Le gusta pensar su profesión como un trabajo artesanal con la palabra, donde la autonomía de cada consultante es a la vez el objetivo primordial y aquello que autoriza y sustenta la intervención profesional. Además integra *Cosas invisibles*, grupo autogestivo que desde 2014 busca promover espacios cooperativos para la creación y el disfrute de sentidos a partir de la de práctica y apropiación de los recursos de la filosofía, el juego y el diálogo. Con ese horizonte se coordinan talleres de filosofía y se diseñan recursos de invitación a la problematización filosófica que hoy son una línea de juegos y un proyecto editorial.

rominagianfelici@gmail.com

Ética asistencial y Contención: una visión realista de la situación

Josefina Pérez, Ismael Parrilla y Carlos Garcia-Ribera

Resumen:

La contención es una medida terapéutica indicada para el manejo de pacientes en determinadas circunstancias, que se indica cuando su aplicación suponga el mejor cociente riesgo/beneficio para el paciente. Se utiliza en Salud Mental, pero también en unidades de Geriátrica, UCI de adultos y pediátricas, Servicios de Urgencias y dispositivos residenciales. Desde la perspectiva ética, la contención o privación generalizada de la libertad del paciente supone una vulneración de los principios éticos (justicia, no maleficencia, autonomía y beneficencia), aunque en algunos casos es inevitable aplicar esta medida terapéutica excepcional debido a la gravedad o urgencia de la situación. En los últimos años, muchas instituciones y profesionales plantean el debate sobre la necesidad de reducir el uso de las contenciones al máximo, o incluso eliminarlo drásticamente. No obstante, la realidad asistencial es que nos encontramos con muchas dificultades que atañen a la aplicación de esta iniciativa de "contenciones cero". Presentamos los datos recogidos en un estudio observacional en nuestra unidad de psiquiatría, durante los meses de marzo a octubre de 2016, así como los motivos de contención, duración, y diagnósticos más frecuentes, entre otras variables.

Abstract:

Containment is a therapeutic measure indicated for the management of patients in certain circumstances, which is indicated when its application involves the best risk/benefit ratio for the patient. They are used in Mental Health but also in Geriatric Units, Adult and Pediatrics ICU, Emergency Services and Residential Devices. From an ethical perspective, the general restriction or deprivation of the patient's freedom is a violation of ethical principles (justice, not maleficence, autonomy and charity), even if in some cases it is necessary to apply this exceptional therapeutic measure due to the seriousness or urgency of the situation. In recent years many institutions and professionals raise the debate on the need to reduce the use of restraints to the maximum, or even eliminate them drastically. However, the real situation in clinical assistance is that we are faced with many difficulties concerning the implementation of this "zero containment" initiative. We present the data collected in an observational study in

our unit of psychiatry, during the months of March to October 2016, as well as the reasons of containment, duration, and diagnoses more frequent among other variables.

Palabras Clave: contención física, contención mecánica, agitación, buenas praxis, ética asistencial.

La contención es una medida terapéutica indicada para el manejo de pacientes en determinadas circunstancias, que como cualquier otro tratamiento debe indicarse cuando su aplicación suponga el mejor cociente riesgo/beneficio para el paciente.

Más allá del ámbito de la Salud Mental, se aplica en mayor medida en unidades de Geriátrica, UCI de adultos y pediátricas, Servicios de Urgencias y dispositivos residenciales. Nos referimos a la contención o sujeción de una persona cuando mediante un dispositivo físico del que no puede liberarse con facilidad, o bien mediante la administración de fármacos, limitamos de manera intencionada su expresión espontánea o su comportamiento, su libertad de movimientos, su actividad física o el normal acceso a cualquier parte de su cuerpo. Se trata de una medida terapéutica excepcional cuyo objetivo básico es evitar que se produzcan situaciones que pongan en peligro la integridad física de una persona -generalmente limitada en su capacidad para entender la situación y los riesgos- o la de otras personas de su entorno. Podemos encontrar referencias al tema que nos ocupa con diferentes términos como ‘contención’, ‘restricción’ o ‘sujeción’, denominada asimismo según su naturaleza como física o mecánica y farmacológica, pero en cualquier caso se refieren estos términos a medidas terapéuticas utilizadas con el objetivo de restringir la movilidad del paciente. Se recurre a ellas fundamentalmente en casos de agitación para evitar autolesiones o lesiones a otras personas, o bien para poder llevar a cabo un tratamiento. Entre los fármacos que se utilizan para lograr esta restricción podemos mencionar los antipsicóticos o las benzodiacepinas, y entre las medidas físicas la utilización de dispositivos como manoplas, muñequeras, cinturones, arneses, tobilleras y barras laterales.

Hay referencias a las sujeciones desde antes del siglo X; el marco legal que se comenzó a elaborar a partir del siglo XIX ha sido siempre muy ambiguo y poco preciso. Philippe Pinel, en el siglo dieciocho y centrándose en las enfermedades mentales, empieza a promover los derechos de este tipo de paciente y trata de suprimir la contención como medida terapéutica; en los hospitales psiquiátricos ingleses, en la misma línea, trataron de fomentar la vigilancia y la formación del personal sanitario para restringir al máximo este tipo de medidas. En España estas corrientes defensoras de la no-contención se inician hacia 1950, cuando se comenzó a cultivar en toda Europa la protección de los derechos humanos y la libertad de los pacientes.

Es una realidad que con la utilización de medidas de contención se pueden vulnerar algunos de los derechos fundamentales de la persona, como la libertad del individuo o el respeto a la dignidad de la persona y su autonomía personal, por lo que su utilización nos

pone ante un dilema ético entre los Principios de Autonomía (limitación de la libertad del paciente) y de Beneficencia (deseo bienintencionado de protección al paciente, a su entorno y de autoprotección física y legal del personal cuando la propia seguridad está comprometida). Por ello exige una especial reflexión.

En la última década, han sido muchos los organismos, organizaciones e instituciones tanto privadas como públicas que han iniciado proyectos con el objetivo de reducir al máximo el uso de las contenciones. Estos movimientos “antisujeciones” defienden la existencia de alternativas factibles al uso indiscriminado de estos métodos que vulneran la libertad de los pacientes. La situación actual en nuestro entorno es muy dispar: desde la prohibición absoluta en Islandia (art 14, ley 90/1996) y la recomendación de que no se usen en unidad de agudos (ley de Salud Mental 2009/10) en Inglaterra, hasta grupos de trabajo, recomendaciones o campañas en el resto de Europa incluida España, donde la Confederación SALUD MENTAL ESPAÑA se sumó a la carta abierta de Mental Health Europe de apoyo al informe del Relator de Naciones Unidas que abogaba por la erradicación de la practica.

La gran distancia entre los deseos y la realidad asistencial obliga a hacernos algunas preguntas

¿Existe alguna indicación?

Tal como expresa el Comité de Bioética Español, “*las medidas de contención pueden estar indicadas en diferentes situaciones, con características diferenciables*”

-En las Unidades de Cuidados Intensivos, los pacientes requieren habitualmente contenciones físicas para favorecer la continuación de medidas terapéuticas, sin olvidar que frecuentemente están acompañadas de contenciones farmacológicas que mantienen al paciente en diferentes grados de sedación. En este caso particular, no debe olvidarse que se trata de una unidad que goza de una monitorización continua por parte del personal sanitario, aunque también es cierto que en ocasiones las cargas de trabajo dificultan la vigilancia total de estos pacientes.

-En las Áreas de Urgencias, debido a la diversidad de pacientes y patologías, son frecuentes las medidas de contención como prevención de conductas disruptivas y para la aplicación de medidas terapéuticas, en caso de intoxicaciones o de estados confusionales agudos.

-En el caso de las Unidades Pediátricas, se usan medidas de contención con el objetivo de restringir el movimiento voluntario del niño en una zona concreta o en todo el cuerpo, pero sobre todo se lleva a cabo en las extremidades con el objetivo de realizar técnicas como la

canalización de vías de acceso periférico, tratando de minimizar los riesgos y preservando su seguridad.

- En las Unidades de Salud Mental, su uso suele estar asociado a un internamiento no voluntario con características legales propias, y suele estar formado por una combinación entre mecánica y farmacológica. En el ámbito de la Atención Domiciliaria también existe el uso de contenciones, sobre todo en personas mayores afectadas por enfermedades de tipo neurológico degenerativo, que viven bajo la supervisión de familiares o cuidadores no profesionales y donde existe un alto riesgo de un uso inadecuado o dañino de las mismas

-Por último y posiblemente el más conocido y extendido, en la Unidades Geriátricas, su uso se da en personas con especial vulnerabilidad y fragilidad, con autonomía disminuida o cuando hay personal escaso, suponiendo esto un alto riesgo de utilización inadecuada o insuficientemente justificada.

Podemos resumir las indicaciones en:

Prevenición de conductas lesivas a sí mismo o a otras personas

Riesgo de interrumpir un tratamiento que sea imprescindible

Riesgo de fuga

Evitar daños materiales

¿Se utilizan demasiado?

Existen estudios que objetivan una importante variabilidad de la prevalencia según el país del que hablemos, lo que apunta a una cierta complejidad de los factores condicionantes y no únicamente una cuestión de querer o no o de criterio médico: 4% Inglaterra, 2% Dinamarca, 17% Francia, 16% Italia. También, dependiendo del tipo de dispositivo a que nos refiramos: según la Confederación Española de Organizaciones de Mayores, el 25% de los mayores de 65 años institucionalizados tienen contenciones mecánicas. Dichos datos varían entre los centros pudiendo ir desde el 0% al 90%. Además, el hecho de sufrir demencia incrementa hasta el 60%. En el ámbito hospitalario puede superar el 30%.

En medios residenciales: España tiene un porcentaje de uso de sujeciones superior al resto de los países observados, llegando casi al 40%, frente a cifras que suponen alrededor del 15% en países como Francia, Italia, Noruega o EEUU, y otros países cuya prevalencia no

llega al 10% como Suiza, Dinamarca, Islandia o Japón. Un 25% de pacientes en dispositivos de urgencias psiquiátricas pueden requerirlo.

¿Son perjudiciales para la salud?

Existen complicaciones en su utilización y pueden suponer riesgos: se han descrito asfixia mecánica, muerte súbita (estrés emocional), lesiones por caídas y golpes, quemaduras por fricción, broncoaspiración (contención supina), úlceras, aumento de la dependencia, incontinencia urinaria, aumento de la ocurrencia de eventos adversos -aunque no sean consecuencia directa de las contenciones, por ejemplo una mayor incidencia de infecciones nosocomiales.

¿Quién debe pautarlas?

Si hablamos de un recurso terapéutico, la indicación ha de hacerla siempre un facultativo.

¿Deben legislarse?

Por supuesto sí, pero es una de las prácticas para las que no hay un marco legislativo específico y claro que las regule. En el ámbito sanitario no existen en nuestro país unas recomendaciones institucionales estatales, sino que, al contrario, podemos encontrar multitud de protocolos elaborados por los centros sanitarios y sociedades científicas, con importantes diferencias en las opciones tomadas en algunos casos, pero con cuestiones comunes como la inclusión de un árbol de decisión clínica con los pasos previos a llegar a estas medidas, formularios de indicaciones y frecuentemente un parte de comunicación al Juzgado de manera análoga a un internamiento involuntario.

Debemos hacer referencia al documento de ámbito estatal, la reciente *Declaración de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial sobre "Contención mecánica de pacientes"*, elaborada en 2015 y que recoge una serie de directrices médico-legales y ético-deontológicas, como la necesidad imprescindible de adoptar un protocolo de aplicación allí donde se utilice la sujeción mecánica que esté consensuado por los profesionales que intervienen en el proceso.

Por descontado que si hablamos de un procedimiento terapéutico, la formación del personal encargado de llevarlo a cabo debe estar garantizada. No obstante, la realidad asistencial es que nos encontramos con muchas dificultades que atañen a la aplicación de esta iniciativa de "contenciones cero"; la falta de protocolos a nivel institucional, comunitario y nacional, la escasez de recursos económicos y dotación de personal, falta de motivación y formación del personal sanitario,

son algunas de ellas. La contención mecánica es una realidad en las salas de hospitalización de agudos y las urgencias de psiquiatría. Aun no siendo la medida terapéutica de elección, su aplicación es relativamente frecuente.

Con objeto de conocer la realidad de nuestro medio, llevamos a cabo un estudio observacional en nuestra unidad de psiquiatría, durante los meses de marzo a octubre de 2016 para analizar los motivos de contención, la duración, diagnósticos más frecuentes en que se utilizaba, entre otras variables. La unidad de psiquiatría del Hospital de La Santa Cruz y San Pablo tiene 34 camas, atiende a una población de 450.000 habitantes y lleva a cabo una media de 12 urgencias al día. La dotación de personal de enfermería es de 4 enfermeras/os + dos auxiliares por turno. Los pacientes están a cargo de cuatro facultativos psiquiatras y cuatro residentes en formación.

Se trata de un estudio observacional, descriptivo, analizando los registros que sistemáticamente hace enfermería cuando se realiza una contención mecánica, y se llevó a cabo entre los meses de marzo a octubre de 2016. Se analizaron las variables: edad, sexo, diagnóstico al alta, motivo de contención, duración y día de ingreso en que se realiza ésta. Durante ese período se realizaron 437 ingresos en la unidad de agudos de psiquiatría del HSCSP. De ellos, requirieron C.M. 34 pacientes (7,7%); supusieron 128 episodios de inmovilización física, de los cuáles 85 en hombres y 43 en mujeres. Había predominio de hombres en el grupo que requirió contención, la edad media era de 53 años en el grupo de mujeres y la de los hombres de 41. -fig 1- Los diagnósticos diferían en ambos grupos: en el caso de los varones, el 82% era de algún tipo de Trastorno Psicótico (Esquizofrenia Paranoide Crónica, Trastorno Esquizoafetivo o Trastorno Psicótico no especificado) y casi un 9% Trastorno Bipolar -fig 2-; en el grupo de mujeres, el 58% era de Trastorno Psicótico (Esquizofrenia Paranoide, Trastorno Esquizoafectivo o Trastorno Psicótico no especificado), casi 35% eran Trastornos Afectivos (Trastorno Bipolar o Trastorno Depresivo) y un 7% eran trastornos de la personalidad -fig 3-. Se trataba de pacientes graves, como demuestra el hecho de que la estancia media fuera de 68 días. -fig 4- Algo más larga en el grupo de hombres respecto al de mujeres. Todos ingresados de forma involuntaria, lo que evidencia escasa conciencia de enfermedad.

En cuanto a los motivos de la contención: la mayoría de las veces fue por evitar heteroagresiones (33,3%) o prevenir autolesiones (30%); evitar caídas (20,7%), fugas (10%) y garantizar un tratamiento médico (6%) fueron los otros motivos prevalentes. Con garantizar el tratamiento médico nos referimos a mantener sondas nasogastricas, sueros o tratamientos

endovenosos como antibioterapia. En ningún caso mantenimiento del tratamiento psicotropo salvo en caso de agitación. -Fig 5-

Podemos concluir del trabajo que el porcentaje de pacientes que requirieron contenciones no fue alto, que eran enfermos graves y en situación de riesgo.

Nuestro pensamiento frente a las contenciones físicas es que son algo necesario en ocasiones, que debe seguir una protocolización adecuada y debe realizarse siguiendo siempre el principio de beneficencia y por estricta indicación médica. Estamos de acuerdo con el propósito final de las contenciones 0, si bien hay una serie de inconvenientes más allá de la legislación o la formación del personal sanitario, que supone un impedimento y que sólo las administraciones podrán subsanar; la falta de recursos, sobre todo recursos personales, el capital humano, la dotación de profesionales -ratio trabajadores/usuario- en las unidades de internamiento, tanto de agudos como residenciales, es a todas luces insuficiente en nuestro medio, y sólo corrigiendo esta dotación podremos trabajar en el propósito de las contenciones 0. La capacitación profesional (presencia de enfermeras y facultativos) y la formación continuada del personal sería otro de los estándares necesarios.

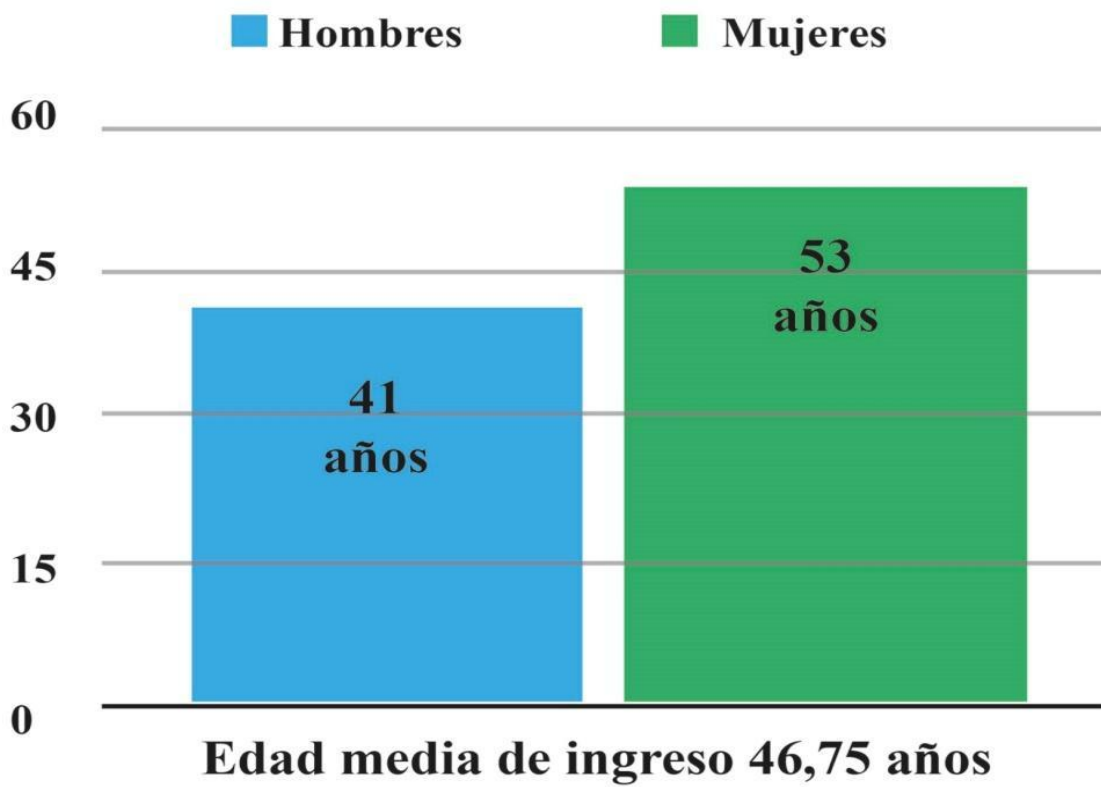


Fig 1

Fig 2

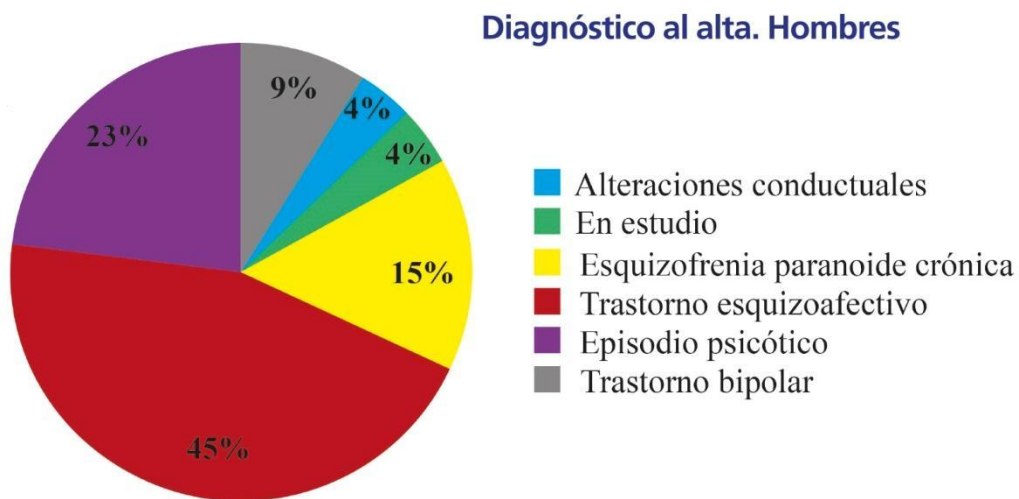


Fig 3

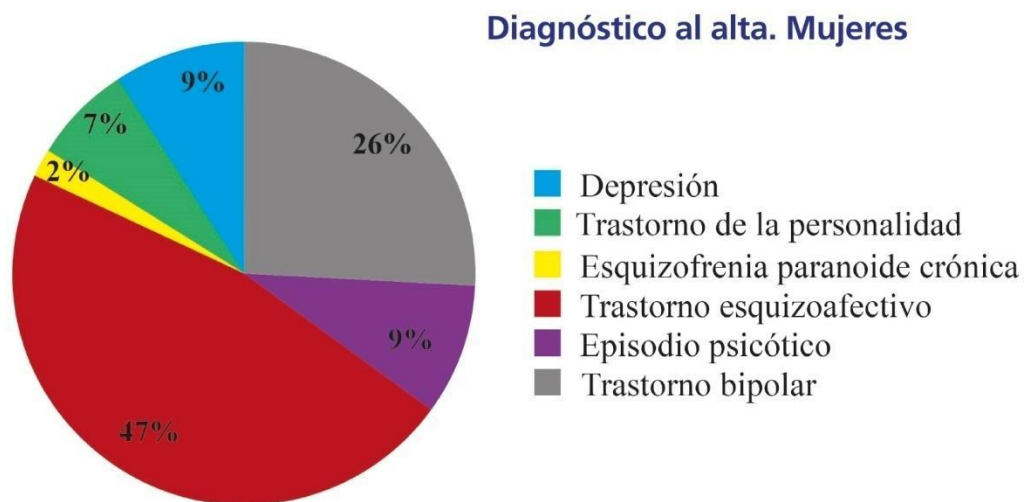


Fig 4

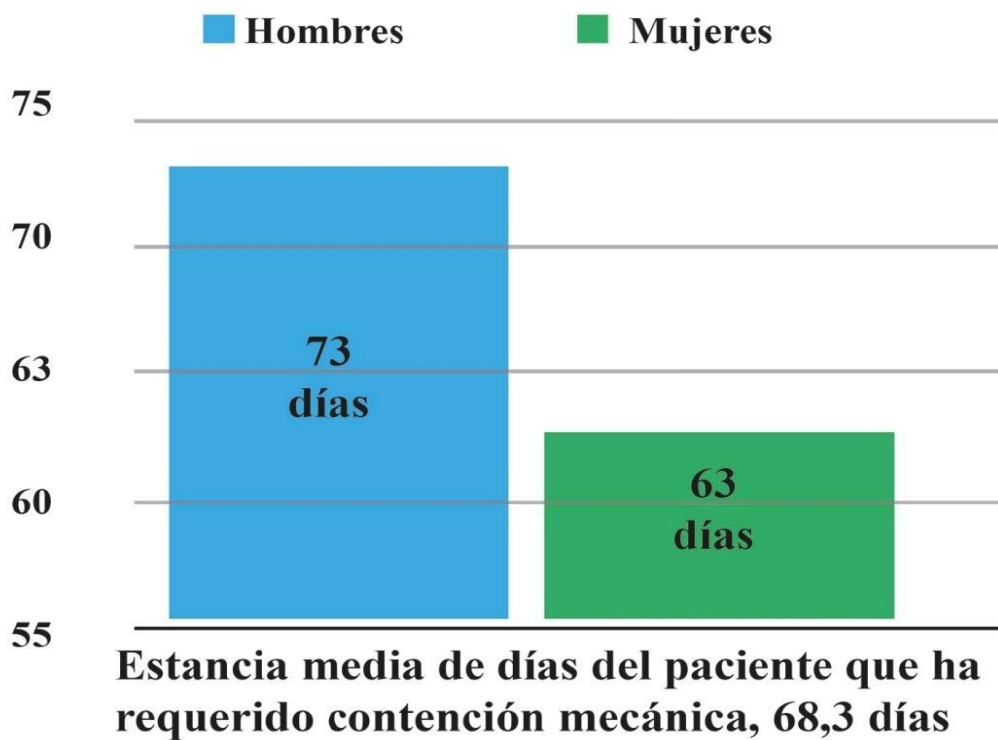
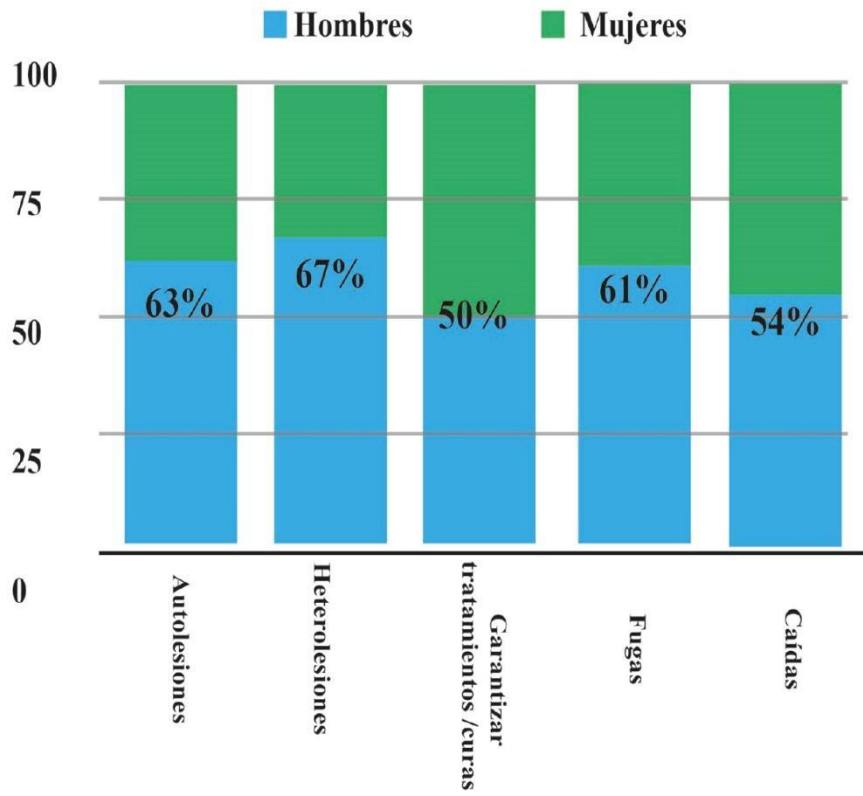


Fig 5



Bibliografía

- AGUIRRE GONZALEZ, Alba, 2017, Consideraciones Ético-legales para el uso de Contenciones mecánicas y farmacológicas. TFG enfermería.
- Comité de Bioética de España. 2016 *Consideraciones éticas y jurídicas sobre el uso de contenciones mecánicas y farmacológicas en los ámbitos social y sanitario* Madrid <http://www.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20Contenciones-CBE.pdf>
- QUADERNS DE LA BONA PRAXI. Contencions* nº32, 2013, Ed. Centre d'Estudis Col·legials. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona.
- SANABRIA LUQUE, Samuel, 2017, *Aspectos éticos y legales de la contención*. PublicacionesDidacticas.com | Nº 79 Febrero 2017
- Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología; 2014 *Documento de Consenso sobre Sujeciones mecánicas y farmacológicas. Comité Interdisciplinar de Sujeciones*. Madrid.

Sobre la autora:

La Dra. Josefina Pérez Blanco es Médico Adjunto en el Servicio de Psiquiatría del Hospital de San Pablo desde Febrero de 1990 hasta la actualidad, categoría de consultor 2. Es la Coordinadora de la Unidad de Agudos de psiquiatría de dicho hospital. Su trabajo combina la asistencia y coordinación de la unidad de agudos, con la consulta externa y la interconsulta hospitalaria. Es profesora asociada de psiquiatría de la UAB. Profesora del postgrado de Geriátrica y el postgrado de Psiquiatría de la Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital de San Pablo. Es miembro del Grupo 21 de CIBERSAM (Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental) CB07/09/0010, creado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 2007; miembro del Grupo de Investigación en Trastornos Afectivos del hospital de San Pablo (SGR2009/179. Generalitat de Catalunya – AGAUR). Ha sido presidenta de la Sociedad Catalana de Psiquiatría y Salud Mental desde el año 2002 al 2006. Miembro de la Sociedad Española de Psiquiatría y la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica Ha recibido el "premio a la excelencia profesional, 2013" otorgado por el Colegio de Médicos de Barcelona

jperezB@santpau.cat

Sufrimiento insoportable: un criterio controvertido pero necesario en peticiones de eutanasia de pacientes con problemas de salud mental

Sergio Ramos

Resumen:

Es muy difícil conocer y objetivar con exactitud qué significa que un paciente con enfermedad mental pida eutanasia porque esté sufriendo insoportablemente. En este artículo queremos esbozar algunas ideas de Eric Cassell sobre el sufrimiento; pretendemos mostrar cuáles son los ítems que deberíamos valorar sobre ese sufrimiento y cuáles son los más frecuentes cuando los pacientes con problemas de salud mental piden eutanasia. Por último, realizamos una exposición crítica a la actual propuesta de legislación de eutanasia por parte del PSOE haciendo énfasis en estos temas.

Abstract:

It is very difficult to know and objectify exactly what it means for a patient with mental illness to ask for euthanasia because he is suffering unbearably. In this article we want to outline some ideas of Eric Cassell about suffering; we intend to show what are the items that we should assess about that suffering, and besides which are the most frequent when patients with mental health problems ask for euthanasia. Finally, we made a critical exposition to the current proposal of euthanasia legislation of the PSOE emphasizing such issues

Palabras clave: eutanasia, salud mental, sufrimiento

Introducción

Que la Medicina ha cambiado mucho con los años es una cuestión obvia. Cada vez conocemos y tratamos de mejor modo los problemas de salud de las personas. Y esto en parte gracias a los avances tecnológicos y científicos. El problema, sin embargo, es que dichos avances han evolucionado exponencialmente, por lo que cabe replantearse seriamente cuáles son sus límites y consecuencias si es que en el fondo la Medicina quiere ser una ciencia *humanizada*.

En ese sentido, en 1996 el Hastings Center publicó un interesante artículo, fruto de un proyecto de investigación en el que participó un número considerable de países, para replantearse los fines inherentes de la Medicina a la luz de las posibilidades y problemas contemporáneos que suscita su actividad. Y es que era latente una serie de focos de tensión como las *nuevas presiones* (económicas, sociales, políticas y científicas), los *desarrollos científicos y tecnológicos*, y el *envejecimiento de la población* o la *medicalización de la vida*, entre otros. En el texto se apuesta por 4 fines, a saber:

1. La prevención de enfermedades y lesiones y la promoción y la conservación de la salud.
2. El alivio del dolor y el sufrimiento causados por males.
3. La atención y la curación de los enfermos y los cuidados a los incurables.
4. La evitación de la muerte prematura y la busca de una muerte tranquila.

Ahora bien, es pertinente reflexionar sobre dichos fines y qué implican. En primer lugar, si dolor y sufrimiento pueden ser concebidos como sinónimos o no. En segundo lugar, qué significa, implica y cómo se objetivan. También, cómo saber cuándo un paciente es “incurable”. Y, por último, cómo se concibe por los profesionales sanitarios esa búsqueda de muerte tranquila, sea por eutanasia o suicidio asistido, cuando el paciente padece una patología mental y el motivo de su petición es debido a un sufrimiento -y no a un dolor-.

1. La definición de sufrimiento de Eric Cassell

Frecuentemente, observamos cómo los conceptos de dolor y sufrimiento son utilizados como sinónimos; sin embargo, un análisis detallado sobre sus significados y sus dominios presenta serias dificultades para hallar unas definiciones precisas e inequívocas.

No hay una decisión unánime entre los críticos para sostener si son o no sinónimos (Cabòs, 2013). Aunque disponemos de varias propuestas conceptuales del sufrimiento

(Cherny, 1994; Kahn y Steeves, 1986; Murata y Morita, 2006; Rodgers y Cowles, 1997; Van Hooft S., 1998; Dees, et al., 2010); en este artículo expondremos, por su originalidad y su fuerte aceptación en la literatura, algunas de las ideas de Eric Cassell.

Cassell considera que la Medicina no ha puesto suficiente atención al sufrimiento, pues se ha ceñido al dolor. El dolor puede derivarse de algún tipo de patología o situación médica, y aunque muy intenso no necesariamente se transformará en sufrimiento. Por ejemplo, una mujer que está dando a luz puede tener mucho dolor sin que comporte sufrimiento, pues ésta sabe el motivo y el origen de ello, es consciente de que tiene una duración más o menos determinada y que éste puede ser controlado. El sufrimiento, en cambio, surge cuando el afectado es consciente de que dicho dolor no podrá ser controlado. Mientras que el dolor se enfoca al cuerpo, el sufrimiento se ciñe a la persona que ve amenazada su propia vida, a la continuidad de su existencia y de su integridad.

Esta visión más holística y general comporta que el sufrimiento puede ocurrir en cualquier esfera de la vida de la persona, a saber: roles sociales, identificación en un grupo, en relación con el yo, al cuerpo o la familia, o puede tener una connotación espiritual si la persona le da un significado trascendental. No obstante, también es posible que provenga del dolor si éste no puede ser controlado, cuando es arrollador y extremo, o si se desconoce el motivo por el cual surge (Cassell, 1982).

Por lo tanto, dolor y sufrimiento son fenomenológicamente diferentes (Cassell, 1991, p. 35).

De esta manera, Cassell se posiciona en una definición de sufrimiento como un estado de malestar inducido por algún tipo de amenaza de la pérdida de integridad o incluso de desintegración de la persona. El origen se ubica cuando la persona percibe una inminente destrucción del yo y se prolonga hasta que la amenaza finaliza o cuando estima que ya no es una amenaza. Se aprecia, pues, un aspecto narrativo y temporal, ya que ésta aprecia y vivencia cuándo comienza o finaliza dicha amenaza.

De esta manera, nuestro autor considera que el sufrimiento puede ser percibido por unas características distintivas (Cassell, 2009, p. 37):

- *El sufrimiento es personal*: lleva implícito un futuro, es decir, las personas dan un significado característico a su sufrimiento que es el que les atormenta.
- *El sufrimiento es individual*: aquello que causa sufrimiento a una persona puede no infligirle a otra.
- *El sufrimiento siempre implica un conflicto con uno mismo*.

- *El sufrimiento siempre implica la pérdida de un objetivo fundamental*: en estas situaciones las personas focalizan su atención en la raíz del sufrimiento.

- *El sufrimiento siempre es solitario*: tiene su origen dentro del individuo y difícilmente es compartido con otros.

Y desde esta posición subjetiva de sufrimiento hunde su definición de persona. A diferencia de los cuerpos, ésta tiene una personalidad y un carácter, un pasado que le hace comprender las experiencias con la enfermedad y todo el contexto socio-sanitario; y todo ello se condiciona por la cultura, la sociedad y las relaciones con otros. Esta visión de autoconsciencia del sufrimiento hace que Cassell (2013) arguya que las personas con demencia severa o lesiones cerebrales, o los bebés no puedan sufrir puesto que carecen de sentido de futuro y, por ende, no tienen ese significado de su experiencia.

2. Sufrimiento insoportable y peticiones de eutanasia o suicidio médicamente asistido

En la propuesta de Cassell el sufrimiento adquiere un enfoque fenomenológico, tiene un componente narrativo y personal, y la integridad juega un papel decisivo. La autoconsciencia del sujeto, así como el aspecto narrativo y personal son notas características de su propuesta. De este modo, se sostiene que el sufrimiento es en esencia subjetivo, por este motivo sería interesante saber las experiencias de la persona para valorar qué grado y tipo de sufrimiento tiene. Y dado que es subjetivo, es comprensible que cada persona lo conciba a su manera, lo “sufra” a su modo y lo quiera enfocar de forma distinta. De nuevo, esto comporta la dificultad para dar una definición unívoca y detectar qué variables pueden ser las que lo engloben.

Con el objetivo de desvelar con mayor profundidad el sufrimiento, algunos autores han intentado realizar investigación cuantitativa y cualitativa (Van Tol D., Rietjens, y Van der Heide, 2010; Dees, et al., 2010 y 2011; Pasman, et al., 2009; y Ruijs, et al., 2009).

En general, se acepta la idea de que es preciso un enfoque multifactorial y holístico, es decir, indagar varios temas bio-psico-sociales (Dees, et al., 2010). Los temas médicos incluyen síntomas físicos (fatiga, dolor, problemas para comer y beber, etc.), cognitivos (problemas de concentración, deterioro cognitivo...), psiquiátricos (pérdida de control emocional, ideas de suicidio, adicciones, crisis de identidad, depresión, etc.) o efectos del tratamiento (quimioterapia, radioterapia o morfina). Lo psico-emocional indica una “pérdida del yo” (autonomía, actividades cotidianas, etc.), sentimientos negativos (impotencia, soledad...), miedo del futuro sufrimiento, dependencia o pérdida de autonomía. Los temas socio-ambientales comprenden la pérdida de significado social (por ejemplo, no ser querido o

pérdida de roles sociales), aspectos biográficos (historia familiar y ocupacional) o sentimientos de ser una carga. Por último, las cuestiones existenciales aluden a la soledad, el estar cansado de vivir o sentirse agotado.

Ahora bien, aunque estos estudios parecen arrojar luz a la posibilidad de que estas variables sean las que comprendan el fenómeno del sufrimiento, es bien cierto que aún no hay consenso entre los profesionales ni entre los pacientes para indicar cuándo el sufrimiento es insoportable o no, ni cuál es su naturaleza ni extensión. Esto se debe, en parte, a que un aspecto esencial es la fuerte subjetividad que engloba el sufrimiento.

En este sentido, se constata esta discrepancia a propósito del foco de atención que ponen tanto pacientes como profesionales. Los sanitarios buscan más los ítems observables y cuantificables del sufrimiento centrándose en lo empírico; y los pacientes se focalizan en aspectos hermenéuticos, es decir, qué implican los diversos acontecimientos en sus valores, su personalidad y su entorno (Van Tol, et al., 2010; y Pasmán, et al., 2009). Esta discrepancia también contribuye a que no haya acuerdo de criterios y, por tanto, a que los profesionales no siempre consideren que el sufrimiento es insoportable y, por consiguiente, a desestimar ciertas peticiones de los pacientes.

Varias son las razones para no aceptar estas peticiones. Los clínicos se aferran más a la necesidad de que el sufrimiento insoportable ha de ser necesariamente debido a una condición física y no psicológica. Por ejemplo, aceptarían una eutanasia si el paciente tuviese una patología física o algún tipo de cáncer; sin embargo, pocos son los que consentirían una petición de un paciente psiquiátrico, con una demencia o porque está cansado de vivir (Bolt, 2015). En ocasiones, se alega que siempre hay una pequeña posibilidad de recuperación o incluso que haya algún tratamiento alternativo que alivie el sufrimiento (medicación, tratamiento electroconvulsivo o psicoterapia). Las dudas también aparecen en torno a la voluntariedad de la persona para decidir responsablemente (Evenblij, et al., 2019). Se considera que ese sufrimiento insoportable está asociado a síntomas depresivos, razón por la cual no debería ser aceptada la demanda de ayuda para morir (Cowley, 2013).

En cualquier caso, estas demandas conllevan grandes dilemas éticos para determinar si, en efecto, son peticiones legítimas o no. En este sentido, hay autores que se posicionan en contra ante ciertos casos, como por ejemplo cuando la petición es de una persona con demencia (Beaufort y Van de Vathorst, 2016), con depresión (Cowley, 2013) o con autismo o discapacidad intelectual (Tuffrey, et al. 2018).

Algunos autores parecen ser más optimistas e indican en sus estudios que la tendencia es que cada vez más hay aceptación entre los profesionales sanitarios ante estas solicitudes de

personas con problemáticas de salud mental (Pront, et al. 2019), mientras que otros estudios no son tan optimistas considerando que aproximadamente el porcentaje de profesionales sanitarios que lo aceptan es del 50% (Hodel, et al., 2019) o incluso algo inferior como en el estudio de Brauer et al., (2015), que apenas llegan al 30%.

Por su parte, los pacientes, al pedir esta ayuda para morir, enfocan a las áreas psico-sociales, tales como sentimientos de depresión, situaciones desesperantes en varias áreas de su vida, sufrimiento sin perspectivas de mejora, carencia de propósitos en la vida, soledad, no desear ser una carga para la familia y pérdida de dignidad y autonomía (Groenewoud, et al., 1997; Dees, et al., 2010; Pasman, et al., 2009; y Evenblij, et al., 2019). Ahora bien, incluso entre los pacientes no hay un consenso, pues ciertas variables como la dependencia, soledad, etc., para unos podrían considerarse insoportable, pero no para otros.

Todos estos inconvenientes pueden implicar un grave debate para poder entender y valorar este sufrimiento cuando un paciente reclame ayuda para morir debido a un sufrimiento insoportable. Y esto es especialmente significativo en países como por ejemplo Bélgica u Holanda, donde la eutanasia o el suicidio médicamente asistido es legítimo, en los que cada vez más los pacientes con problemáticas de salud mental reclaman este derecho debido a dicho sufrimiento. No obstante, en la actualidad hay muy poca bibliografía que muestre el perfil de pacientes, los motivos de su demanda y la perspectiva de los profesionales sanitarios ante esta petición.

El estudio de Groenewoud et al. (1997) fue el primero en mostrar que los pacientes con patología psiquiátrica también exigían su derecho al suicidio asistido. En particular, en 1996 en Bélgica hubo alrededor de 300 peticiones. Ahora bien, tuvimos que esperar hasta la publicación del estudio de Thienpont, et al. (2015) en el que se identificaron 100 peticiones, de las cuales 48 fueron aceptadas, aunque finalmente solo 35 fueron llevadas a cabo. La depresión y los trastornos de la personalidad fueron los diagnósticos más comunes. Similares resultados fueron señalados por Kim, et al. (2016). Otros estudios muestran casos de pacientes con trastorno del estado de ánimo, demencias y otras patologías psiquiátricas como por ejemplo autismo, anorexia o psicosis Dierickx, et al. (2017).

Pues bien, estos casos presentan grandes dilemas éticos sobre la legitimidad de dichas peticiones ya que con frecuencia se mezclan los síntomas psicopatológicos con las decisiones razonadas y razonables de estas personas. No queda claro, pues, si a fin de cuentas se trata de decisiones autónomas o de la manifestación de la propia enfermedad (ideas de suicidio, depresión, etc.). Y esta problemática es la que puede acontecer en nuestro país debido a la actual propuesta de regulación de la eutanasia. Pero no deberíamos olvidar que los pacientes

con problemáticas de salud mental deberían ser considerados iguales ante la ley (*Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*, art. 12), que se trata de personas vulnerables que sufren y padecen igual que el resto de las enfermedades y que pueden tomar decisiones autónomas por igual; y que la obligación de los profesionales de la salud es evitar el estigma y la discriminación hacia este colectivo de personas.

3. Sobre la Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia en España

En 2018, el Partido Socialista Obrero Español presentó una *Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia*⁷ que pretende despenalizar estas prácticas clínicas bajo ciertos supuestos. Como el propio texto expone se procura “legislar para respetar la autonomía y voluntad de poner fin a la vida de quien está en una situación de enfermedad grave e incurable, o de discapacidad grave y crónica, padeciendo un sufrimiento insoportable que no puede ser aliviado en condiciones que considere aceptables”. En definitiva, se quiere despenalizar la eutanasia, la cual es definida en los siguientes términos:

“actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios”.

Pues bien, desde nuestro punto de vista, el texto sufre de limitaciones y/o incongruencias que dificultan la comprensión sobre qué abarca esta propuesta y hacia quién se enfoca.

Comenzando por el objetivo de la *Proposición*, el propio título hace alusión a la eutanasia, pero, sin embargo, luego se hace referencia a la “prestación de ayuda a morir” que incluye “la administración directa de una sustancia a una persona que lo haya requerido y que cause su muerte” o “la prescripción o suministro de una sustancia a una persona que lo haya pedido”. En el primer caso hablamos de eutanasia, mientras que en el segundo de suicidio médicamente asistido; razón por la cual no queda claro en el fondo qué se está legislando. Y esto es pertinente porque quizás un profesional podría tener reticencias a la hora de aplicar una eutanasia debido a la carga emocional y moral que conlleva, pero podría tener menos inconvenientes en proporcionar al paciente los medios para que él mismo lo hiciese. Hay que

⁷ http://www.congreso.es/public_oficiales/L12/CONG/BOCG/B/BOCG-12-B-270-1.PDF

recordar que aquí se examina la posibilidad de objeción de conciencia por parte de los profesionales, por lo que, si esa carga moral es acentuada, muchos de ellos podrían ampararse a la negativa de realizar la eutanasia.

En la definición de eutanasia se mencionan los conceptos “sufrimiento” y “padecimiento incurable”, pero no se indica, ni tan siquiera mínimamente, a qué hacen alusión. Hemos visto la gran complejidad que comporta el concepto de “sufrimiento”, el cual podría incluir variables bio-psico-sociales. Sería interesante especificarlo y remarcando que todas ellas son lícitas, evitando de esta forma la discrepancia entre profesionales y pacientes a la hora de delimitar cuáles son las que conlleva el sufrimiento y, por ende, para no restar validez a todas estas temáticas.

Y en las condiciones que ha de tener el solicitante para poder pedir la prestación de ayuda para morir, recogidas en el artículo 5, se solicita que ha de ser “capaz y consciente” en el momento de la solicitud. De nuevo, no queda claro bajo qué condiciones una persona puede ser considerada como “capaz”, pese a que en el artículo 6 se dice que la valoración de la “incapacidad de hecho” se hará conforme a la normativa sanitaria aplicable y a los protocolos existentes al respecto. Pero ¿cuál es esa normativa sanitaria y a qué tipo de protocolos se refiere?

Por otro lado, en ese mismo artículo se solicita que el solicitante ha de tener la “mayoría de edad”; sin embargo, no se especifica si son 16 ó de 18 años. Recordemos que en el ámbito sanitario una persona es mayor de edad con 16 años, salvo algunas situaciones como la interrupción voluntaria del embarazo, la participación en ensayos clínicos o las técnicas de reproducción asistida. En tales casos, se requiere 18 años de edad. Por tanto, queda en el aire las peticiones de pacientes que tengan menos de 18 años o de aquellos padres que soliciten –por representación- eutanasia para sus hijos con “discapacidad grave crónica” o “enfermedad grave e incurable”.

La utilización del concepto de “discapacidad grave crónica” tiene el peligro de que es rechazado por el propio colectivo de estas personas. Se ha generalizado el término “diversidad funcional” en lugar de “discapacidad”, pese a que también presenta grandes problemas teóricos y prácticos (Canimas, 2015). Esto podría suponer un rechazo íntegro del texto por parte de este colectivo de personas. La definición de “discapacidad grave crónica” es la siguiente:

“Situación en la que se produce en la persona afectada una invalidez de manera generalizada de valerse por sí mismo, sin que existan posibilidades fundadas de curación y, en cambio, sí

existe seguridad o gran probabilidad de que tal incapacidad vaya a persistir durante el resto de la existencia de esa persona. Se entienden por limitaciones aquellas que inciden fundamentalmente sobre su autonomía física y actividades de la vida diaria, así como sobre su capacidad de expresión y relación, originando por su naturaleza sufrimientos físicos o psíquicos constantes e intolerables, sin posibilidad de alivio que el o la paciente considere tolerable”.

Ahora bien, se menciona que haya una “invalidez” para “valerse por sí mismo” y esto da la sensación de que hace referencia exclusiva a situaciones físicas (parálisis, por ejemplo); empero, a continuación, el texto se refiere a “limitaciones” que inciden en la autonomía física y para las actividades de la vida diaria, así como la expresión y relación. De aquí se sigue que, si nos limitamos a las actuaciones físicas, excluiríamos aquellas situaciones que no comportan dificultades motoras pero que condicionan la relación con otras personas, como por ejemplo sufrimiento insoportable debido a patología mental o situación existencial. Por lo tanto, hay discriminación hacia lo que no se considere una “incidencia sobre la autonomía física”.

A su vez, el requisito de tener una “enfermedad grave e incurable”⁸ excluye muchos casos de personas que tienen “enfermedades graves e incurables” (como la gran mayoría de patologías mentales) pero que carecen de “un pronóstico de vida limitado”. La inmensa mayoría de los casos de pacientes con trastornos mentales pasan muchos años de su vida manifestando la sintomatología, lo que implica necesariamente más “sufrimiento” y “limitaciones”.

Por todo ello, pensamos que sería interesante que la propuesta incluyera una concisa definición de eutanasia, una aproximación a la “capacidad de decidir” y una concreción sobre qué significa que la situación clínica sea “intratable”. Pensamos que podría ser apropiado también algunos comentarios sobre los deberes y obligaciones de los profesionales.

Por nuestra parte, consideramos que para aceptar una petición de eutanasia deben darse *todos* los siguientes criterios:

- La persona debe tener competencia para decidir. Además, ha de ser mayor de edad, menor emancipado o menor maduro (con el consentimiento de los tutores legales).
- Decisión voluntaria, informada, coherente, constante en el tiempo y sin presiones externas que indique que se trata de una decisión autónoma.

⁸ Se entiende por ello “la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos, constantes e insoportables, sin posibilidad de alivio que el o la paciente considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva”.

- Ha de ser llevada a cabo por profesionales sanitarios en un contexto asistencial y de confianza mutua entre éstos y el paciente.

- La persona está en una condición médica (accidente o patología) incurable que le provoca un constante sufrimiento (físico o mental) insoportable que no puede ser aliviado por ningún tipo de tratamiento. Además, no necesariamente ha de ser una situación terminal. De hecho, en ninguna legislación se especifica cuál es el motivo por el que ha de enfocarse exclusivamente a la terminalidad. En el caso en el que no haya una patología de base o accidente, pero sí con sufrimiento insoportable, debería valorarse, con cautela, si éste puede mitigarse por algún medio. Este el caso por ejemplo de las personas que manifiestan estar cansadas de vivir.

En el primer ítem de la definición propuesta, hacemos alusión a la “competencia”, la cual ha de entenderse como las habilidades psicológicas para comprender su enfermedad, sus tratamientos y sus consecuencias. Los ítems que deberían valorarse son los de comprensión, apreciación, razonamiento y elección de la decisión (Appelbaum, 2007).

Junto a esta propuesta de definición, consideramos que es preciso delimitar a qué nos referimos cuando pedimos que la situación clínica no tenga cura. La *Dutch Psychiatric Association* sostiene que cada opción terapéutica ha de compartir los siguientes criterios: 1) ha de ofrecer una real perspectiva de mejora; 2) ha de ser posible la administración de un tratamiento adecuado en un período razonable de tiempo; y 3) ha de haber un balance razonable entre los resultados esperados y las cargas de las consecuencias del tratamiento para el paciente (cit. por Thienpont, et al., 2014). Si un tratamiento no lo puede proporcionar para una condición patológica, ésta sería “intratable”.

En cuanto a los deberes y obligaciones del médico responsable recogidos en el artículo 9, caben algunas apreciaciones y sugerencias.

En el punto 9.1 se podría incluir alguna cláusula que señale la pertinencia de que preciso una dilatada relación asistencial que haya permitido conocer los motivos de la demanda y la amplitud del sufrimiento. A su vez, cerciorarse de que el paciente tiene y comprende una información sustancial sobre el diagnóstico, tratamiento y resultados esperables de éste, así como posibles cuidados paliativos. En este sentido, consideramos que la petición de eutanasia debería estar inmiscuida dentro de un equipo multi e interdisciplinar (medicina, psicología, psiquiatría, servicios sociales, enfermería...) para poder entender cuál es la situación clínica y el contexto socio-familiar del paciente. Huelga decir que los casos que fuesen realmente complicados deberían intentar apoyarse por otras opiniones como puede ser la de un comité de ética asistencial. En todo caso, este trabajo en equipo también podría ayudar a reducir la carga emocional del médico responsable ante la decisión final.

Ese trabajo en equipo es insinuado en el artículo 9.5, aunque aquí simplemente se dice que el médico ha de comunicar al equipo asistencial (enfermería) dicha petición de prestación de ayuda para morir y el “estado del proceso deliberativo”; sin embargo, no se dice nada de tomar la decisión y el proceso en equipo, pues solo se dice “comunicar” que hay una petición de un paciente. Por otro lado, no queda claro a qué se refiere con que ha de informarles sobre el estado del proceso deliberativo. De nuevo, da la sensación de que al final será una decisión unilateral por parte del médico responsable.

Con el objetivo de poder entender con mayor precisión ese sufrimiento insoportable (descartando que sea fruto de la sintomatología), se podría incorporar en el artículo 9.6 que la consulta con otro facultativo para corroborar que se cumplen las exigencias establecidas en la ley fuese un psicólogo clínico o psiquiatra. Esto sería pertinente cuando se trata de pacientes no terminales. En particular, para comprobar que tiene competencia para decidir, que los motivos que aporta el paciente son razonados, razonables y racionales, que el sufrimiento es, en efecto, insoportable, y que no hay mejoría clínica bajo ningún tipo de tratamiento.

Por tanto, creemos que la propuesta del PSOE es valiente al introducir la despenalización de la eutanasia incluso en contextos complicados como el de “discapacidad grave crónica”; sin embargo, deja varios puntos sin resolver y ciertas ambigüedades que dificultan su aplicación.

Bibliografía

- Appelbaum P. (2007). Assessment of patients' competence to consent to treatment. *N Engl J Med.* 357, 1834-1840.
- Beaufort I., y Van de Vathorst S. (2016). Dementia and assisted suicide and euthanasia. *J Neurol.* 263(7), 1463-7.
- Bolt E., Snijdwind M., Willems D., Van der Heide A., y Onwuteaka B. (2015). Can physicians conceive of performing euthanasia in case of psychiatric disease, dementia or being tired of living? *Med Ethics.* 41, 592-598.
- Brauer S, Bolliger C, and Strub J (2015) *Swiss physicians' attitudes to assisted suicide: A qualitative and quantitative empirical study.* *Swiss Medical Weekly* 145, 1-8.
- Bueno C. (2017). Conceptualizing suffering and pain. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 12:7.
- Cabòs J. (2013). *Fenomenología del Sufrimiento. Por una comprensión filosófica a partir de la obra de Arthur Schopenhauer.* Tesis doctoral. Universidad de Barcelona.
- Canimas J. (2015) ¿Discapacidad o diversidad funcional? *Siglo cero*, vol. 46 (2), n.º 254, abril-junio, pp. 79-97.
- Cassell E. (1982). The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. *The New England Journal of Medicine*, 306(11), 639-645.
- Cassell E. (1991). *The nature of Suffering.* Oxford: Oxford Press.
- Cassell E. (2009). *La persona como sujeto de la medicina.* Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- Cassell, E. (2013). *The Nature of Healing: The Modern Practice of Medicine.* New York: Oxford University Press.
- Cherny N, Coyle N, y Foley K. (1994). Suffering in the advanced cancer patient: a definition and taxonomy. *J Palliat Care*, 10: 57-70.
- Cowley Ch. (2013). Euthanasia in psychiatry can never be justified. A reply to Wijsbek. *Theor Med Bioeth*, 34, 227-238.
- Dees M., Vernooij M., Dekkers W., y Van Weel C. (2010) Unbearable suffering of patients with a request for euthanasia or physician-assisted suicide: an integrative review. *Psycho-Oncology*, 19: 339-352.
- Dees M., Vernooij M., Dekkers W., et al. (2011) 'Unbearable suffering': a qualitative study on the perspectives of patients who request assistance in dying. *Med Ethics.* 37, 727-734.
- Demedts M., Roelands M., Libbrecht J., y Bilsen J. (2018) The attitudes, role & knowledge of mental health nurses towards euthanasia because of unbearable mental suffering in Belgium: A pilot study. *J Psychiatr Ment Health.* 25, 400-410.

- Dierickx S., Deliens L., Cohen J., y Chambaere K. Euthanasia for people with psychiatric disorders or dementia in Belgium: analysis of officially reported cases. *BMC Psychiatry* (2017) 17:203.
- Edwards S. (2003) Three concepts of suffering. *Medicine, Health Care and Philosophy* 6: 59–66, 2003.
- Evenblij K., Pasma H., Pronk R., y Onwuteaka R. Euthanasia and physician-assisted suicide in patients suffering from psychiatric disorders: a cross-sectional study exploring the experiences of Dutch psychiatrists. *BMC Psychiatry* (2019) 19:74.
- Groenewoud J., Van der maas P, Van der val G., HengeveldM., et al. Physician-assisted death in psychiatric practice in the Netherlands. *Engl J Med* 1997;336:1795-801.
- Hodel M., Hoff P., Irwin S., et al Attitudes toward assisted suicide requests in the context of severe and persistent mental illness: A survey of psychiatrists in Switzerland. [Palliat Support Care](#). 2019 Dec;17(6):621-627.
- Kahn D., y Steeves R. The experience of suffering: conceptual clarification and theoretical definition. *J Adv Nurs* 1986;11:623–631.
- Kim S., De Vries R., y Peteet R. Euthanasia and Assisted Suicide of Patients with Psychiatric Disorders in the Netherlands 2011–2014. *JAMA Psychiatry*. 2016 April ; 73(4): 362–368.
- Murata H, y Morita T. Conceptualization of psycho existential suffering by the Japanese Task Force: the first step of a nationwide project. *Palliat Support Care* 2006;4:279–285.
- Pasma H., Rurup H., Willems D., y Onwuteaka B. Concept of unbearable suffering in context of ungranted requests for euthanasia: qualitative interviews with patients and physicians. [BMJ](#). 2009 Nov 16;339:b4362. doi: 10.1136/bmj.b4362.
- Pronk R., Evenblij K., Willems D., y Van de Vathorst S. *Considerations by Dutch Psychiatrists Regarding Euthanasia and Physician-Assisted in Psychiatry: A Qualitative Study*. *J Clin Psychiatry*. 2019 Nov 5;80(6). pii: 19m12736. doi: 10.4088/JCP.19m12736.
- Rodgers B., y Cowles K. A conceptual foundation for human suffering in nursing care and research. *J Adv Nurs* 1997;25:1048–1053.
- Ruijs K., Onwuteaka B., Van der Wal G., y Ad Kerkhof J. Unbearability of suffering at the end of life: the development of a new measuring device, the SOS-V. *BMC Palliative Care* 2009, 8:16.
- The Hastings Center. (1996) The Goals of Medicine. Setting New Priorities. *Hastings Center Report*; 26(6), S1-S27.

- Thienpont L., Verhofstadt M., Van Loon T., Distelmans W., et al. Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study. *BMJ Open* 2015;5:e007454. doi:10.1136/bmjopen-2014-007454.
- Tuffrey I., Curfs L., Finlay I., y Hollins S. Euthanasia and assisted suicide for people with an intellectual disability and/or autism spectrum disorder: an examination of nine relevant euthanasia cases in the Netherlands (2012–2016). *BMC Medical Ethics* (2018) 19:17.
- Van Hooft S. Suffering and the goals of medicine. *Med Health Care Phi.* 1998;1:125–131.
- Van Tol D., Rietjens R., y Van der Heide D., 2010. Judgment of unbearable suffering and willingness to grant a euthanasia request by Dutch general practitioners. *Health Policy* 97 (2010) 166–172.

Sobre el autor:

Sergio Ramos Pozón es doctor en Filosofía y máster en Ciutadania i Drets Humans (bioética y éticas aplicadas). Actualmente, es profesor de bioética en la Universidad de Barcelona (Escola d'Infermeria) y en la Universidad de Vic. Está especializado en la bioética, y en concreto en temas de salud mental. Entre sus últimas publicaciones cabe destacar: *Una propuesta conceptual del criterio del mejor interés* (2020); *Sobre el rechazo de tratamientos en la anorexia: análisis crítico* (2019); *La gestión de la propia vida y los trastornos mentales* (2018); *Sobre el suicidio médicamente asistido y la eutanasia en salud mental* (2017). Es autor también de un libro sobre bioética: *Bioética: una reflexión necesaria para tomar decisiones cruciales* (2018).

sergioramos@ub.edu

Límites legales y morales de la eximición de responsabilidad en pacientes psiquiátricos

Cristina Requena

Resumen:

Partiendo de un caso real, se aborda el concepto de responsabilidad e imputabilidad en aquellos individuos con condiciones psiquiátricas subyacentes, situación en la cual la ley permite considerar la aplicación de una eximente. Se analizan sus dos principales vertientes, la médico-legal y la ético-moral. Así, estamos poniendo en tela de juicio la competencia del imputado en el momento del delito: delante de una clara autoría, la enajenación o alienación del individuo nos lleva a cuestionarnos su autonomía y cuáles son las implicaciones de ello en relación con la responsabilidad o culpa – a nivel ético- y la consecuente competencia e imputabilidad -a nivel jurídico.

Abstract:

In the basis of a real case, the notions of liability and accountability in those individuals with underlying psychiatric conditions are addressed, due to the fact that, in such cases, the Spanish law allows for the evaluation of an exempt. Both the medical/legal and the ethical/moral aspects are considered. Hence, the capacity of the accused during the crime is called into question: in front of an undeniable authorship, the derangement or alienation of the person leads us to wonder about his real autonomy, and the consequences that such inquiry may have in relation to his responsibility or guilt -in an ethical level- and the resulting capacity and accountability -in a legal level.

Palabras clave: responsabilidad, imputabilidad, eximente, enajenación, autonomía.

1. Introducción

La intrincada relación entre enajenación y responsabilidad hace ya años que lleva siendo estudiada y debatida tanto a nivel académico como social, con las consecuentes repercusiones en el ámbito legal.

Uno de los primeros casos de los que tenemos constancia documental de ello fue en el juicio del Sr. Juan Díaz de Garayo –más conocido como “el sacamantecas”– asesino en serie y autor de la muerte de seis mujeres, por lo que se le condenó de muerte en 1880. En la vista oral del juicio, en contra de la mayoría de los profesionales que intervinieron, el Dr. Esquerdo –un reconocido psiquiatra– describió al imputado como “un loco que no lo parece” y sostuvo que este no era consciente de sus actos, por lo que no se le podía responsabilizar de ellos (Medina, 2016, p.12). Finalmente, la ejecución se llevó a cabo el 1881.

Esta responsabilidad penal que históricamente se atribuía a los individuos con alteraciones psíquicas se va modificando con el paso del tiempo. Las eximiciones de responsabilidad penal por enajenación ya se contemplan en la redacción del primer Código Penal español, en el año 1882. Actualmente, se incluye “cualquier anomalía o alteración psíquica”, lo que pone de relieve y prioriza el efecto psicológico de la alteración mental, que por sí sola no será suficiente para justificar la no imputabilidad –de la misma forma que dicha no imputabilidad podrá darse también en caso de no existir una condición psiquiátrica subyacente.

Así, nuestra legislación actual –como la mayoría de las europeas–, buscando alcanzar el ideal de adecuar la exigibilidad y lograr justicia e igualdad, admite que dichos sujetos “no poseen la capacidad de determinarse conforme a las normas penales”, por lo que no deberían ser acreedores de una pena como consecuencia de sus actos (Domínguez Dueñas, 2015, p.1).

Pasaré a exponer un caso real que se juzgó en 2010 en la Audiencia Provincial de Alicante y fue revalorado el 2011 por el Tribunal Supremo en un recurso de casación. Antes de ello me gustaría recordar la imposibilidad de la ciencia actual para demostrar la existencia de la libertad de la voluntad; en otras palabras, la capacidad de poder actuar de un modo distinto a como realmente se hizo es algo en lo que se puede creer, pero que no se puede demostrar.

2. Caso: Sentencia 890/2010 en relación al recurso de casación 10312/2010 P

Al sujeto en cuestión se le había condenado con un delito contra la seguridad del tráfico por conducción temeraria –al conducir más de 15km en sentido contrario por la autopista–, dos delitos de homicidio y dos delitos de lesiones –por las colisiones que resultaron. Se considera la atenuante de eximente incompleta por anomalía o alteración física, con lo que se le impone una pena de 12 años y 5 meses de prisión, junto con inhabilitación completa, privación del derecho de conducir, pago de las costas e indemnización a los perjudicados.

A destacar que, tal y como recoge en la sentencia el juzgado de instrucción, “el procesado sufre trastorno esquizoafectivo tipo bipolar de varios años de evolución (295,70, DSM-IV-TR), en fase maníaca con ideas delirantes de control e influencia, por lo que tenía alteradas parcialmente las bases psicobiológicas de la imputabilidad” (Tribunal Supremo, 2010, p.5). Por ello se solicita un recurso de casación, cuestionando la imputabilidad del acusado y postulando la aplicación de una eximente completa.

La parte recurrente hace énfasis en que la patología psiquiátrica del acusado “descarta la posibilidad de que actuara con el conocimiento y voluntad propios del dolo eventual”, y aduce que este estaba convencido de ser el protagonista de una película de acción, con lo que no podría afirmarse que actuaba con dolo eventual (Tribunal Supremo, 2010, p.11). A pesar de ello –y como se menciona en la acusación–, el acusado manifiesta haber pasado miedo durante el transcurso de los acontecimientos, con lo que asume que entendía la peligrosidad –para él y para otros– que entrañaba la conducción y, por ello, se da por acreditado el elemento intelectual del dolo.

A pesar de ello, se concluye que “el hecho de que el acusado fuera consciente del peligro generado y de las consecuencias de su acción no conlleva que pudiera controlar su voluntad y adecuar su conducta a las exigencias de la norma”, y se cita uno de los informes psiquiátricos que informan la instrucción del caso:

El enfermo delirante tiene necesidad de hacer lo que hace, aunque sabe que es un deber social no hacerlo, pero por encima de éste existe otro más alto y poderoso, que no es otro que la convicción delirante que guía su acción (Tribunal Supremo, 2010, p.24).

Así, se estima la impugnación de la eximente parcial, y se acuerda apreciar la eximente completa. Se absuelve al acusado y se acuerda su internamiento en un centro psiquiátrico penitenciario –que como se especifica en la sentencia, es el tope legal previsto para el conjunto de los delitos cometidos.

3. Bases científicas y legales de la imputabilidad y ámbito de aplicación

Antes de entrar en mayor detalle, debemos tener en cuenta que, dentro del derecho penal, únicamente podremos considerar que un sujeto es penalmente responsable de su conducta en caso de que sea imputable. La imputabilidad es el fundamento de la culpa por lo que, en otras palabras, “nadie es culpable si previamente no es imputable” (Medina, 2016, p.190).

El término imputabilidad deriva del latín *imputare*, que se traduce por «atribuir». Así, equiparamos «imputable» con «responsable». A diferencia del concepto de inimputabilidad que podemos extraer de la anterior legislación, del año 1973, y que se limita a la “enajenación” (Código Penal, 1973, p.2) –es decir, un estado de absoluta perturbación de las facultades mentales–, actualmente se acepta que la imputabilidad va más allá de la capacidad de conocer o querer lo lícito o antijurídico del acto. Ello nos ha llevado –o más bien, ha llevado a la legislación vigente– a entenderla como la capacidad del sujeto para “comprender la ilicitud del hecho o de actuar conforme a esa comprensión” (Código Penal, 1995, p.13).

En caso de que falle el primer elemento –la facultad intelectual, es decir, comprender el acto– el sujeto no podrá juzgar el carácter delictivo de sus acciones y no será consecuente con lo que está prohibido por ley; y si falla el segundo elemento –la facultad volitiva, es decir, actuar en consecuencia– no será capaz de escoger su conducta o de dirigirla hacia el acto.

Por otro lado, si el sujeto se encuentra libre y consciente de actuar cuando provoca el acto que le llevará a una situación de inimputabilidad –ya sea de forma dolosa o imprudente– podremos considerarlo legalmente responsable de las acciones que lleve a cabo en dicho estado (es el antiguo *actio libera in causa* –acto libre por su propia causa). Como apunta Domínguez Dueñas: “Actualmente la imputación de un hecho culposo parte del principio de que al autor puede imputársele un resultado lesivo si de manera antijurídica y previsible, creó un peligro para el bien jurídico.” (Domínguez Dueñas, 2015, p.4).

Cabe tener en cuenta que la constatación de que un sujeto haya llevado a cabo un hecho antijurídico –un hecho injusto contemplado por la ley– no será suficiente para exigirle responsabilidad penal, sino que ésta deberá sustentarse también en la culpabilidad –se trata del *nullum crimen sine culpa*. La concepción que tengamos sobre la culpabilidad será la que determinará qué sujetos serán imputables y en cuáles deberá considerarse la inimputabilidad.

Esta valoración de la imputabilidad no es un procedimiento que realizaremos en todos los sujetos, sino que sólo requerirán un detenido análisis aquellas situaciones que nos permitan dudar de la capacidad de culpabilidad del sujeto. Como apunta Iglesias Río, “cuanto más lógico sea el estímulo al hecho, esto es, que el delincuente actúe con criterios de racionalidad

criminal, en función del beneficio que le reportará el delito, más lejos, en principio estará de la exención de pena” (Iglesias Río, 2003, p.153).

Ello nos llevaría a cuestionarnos la adecuación o congruencia entre el yo del sujeto y el acto realizado, especialmente delante de un acto desproporcionado o sin un objetivo lógico. Usando la terminología de Gerald Dworkin, estaríamos ante un acto potencialmente “inauténtico” (Dworkin, 1976, p.24), es decir, opuesto al propio sistema de valores y actitudes generales ante la vida, y al que podría atribuirse un amplio espectro de grados de comprensión y control externo, y con ello, de autonomía.

Aunque no todos los actos inauténticos sean realizados por sujetos inimputables ni todos los sujetos inimputables realicen siempre actos inauténticos, sí que podríamos determinar cierta relación entre el concepto presentado y el paciente psiquiátrico, especialmente en aquellos momentos en que su situación psicológica le lleva a una marcada alienación. La concepción científica imperante hace cristalizar esta alienación –o “inautenticidad”– en cuatro conceptos básicos: “conciencia, inteligencia, voluntad y yoidad” (Iglesias Río, 2003, p.162). A pesar de ello, en nuestro Código Penal sólo se contemplan la segunda y la tercera, aunque está ampliamente aceptado que existen un significativo número de alteraciones psíquicas que pueden influir en el comportamiento si afectar a las capacidades intelectual y/o volitiva. Como ejemplo, los desórdenes de la motivación (como sucede en las personalidades psicopáticas) o los sujetos con una capacidad intelectual severamente mermada (aún sin la pérdida de la capacidad volitiva).

Más en concreto, el Código Penal establece que:

Están exentos de responsabilidad criminal:

1.º El que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.

El trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión.
(Código Penal, 1995, p.13)

Los principales casos en que se aplica la eximente completa son la esquizofrenia y otras psicosis, el retraso mental profundo y las demencias avanzadas. En caso de no cumplir todos los requisitos establecidos, se valorarán como eximentes incompletas –es decir, como circunstancias atenuantes. Por otro lado, el resto de las patologías psiquiátricas (como trastornos de personalidad, estados de ansiedad, consumo de sustancias...) suelen dar lugar a la aplicación de la eximente incompleta.

A destacar que, aunque un individuo presente una condición psiquiátrica crónica, ello no es óbice para que no pueda tener intervalos lúcidos puntualmente. Ello recalca la importancia de una minuciosa evaluación del estado del sujeto en el momento de llevar a cabo la conducta delictiva, y de valorar la relación y peso de la patología o alteración psíquica con el acto realizado. Podríamos decir que una «incapacidad de culpabilidad» en sí, abstractamente, no existe, sino que se vincula a ciertos comportamientos delictivos.

4. Dimensión ética: abordaje y justificación del problema. Legitimidad de la eximente y sus consecuencias (a nivel legal, individual y social)

Por todo ello, vemos cómo en la enajenación se da –o puede darse– una pérdida de la consciencia de derecho –y deber– civil, en primer lugar; y de razón, en el segundo, por lo que el individuo se encuentra en un estado en el que no hay bien ni mal. Así, la persona existe mientras el cuerpo conserva plenamente las capacidades que constituyen el substrato físico de la actividad moral.

Como apuntaba H. T. Engelhardt: “Nuestro propio concepto de nosotros mismos como entidades autorreflexivas y racionales exige que nos consideremos como agentes morales, como personas y como sujetos cognoscentes.” (Engelhardt, 1995, p.154). En cierto sentido, esta alienación de la consciencia de derecho y razón resulta en una alienación de la propia persona, del yo, y con ello, en una pérdida de uno de los pilares básicos del sujeto: la autonomía.

Según Faden y Beauchamp, las acciones son autónomas cuando cumplen tres condiciones: intencionalidad, conocimiento y ausencia de control externo. (Faden and Beauchamp, 1986, p.238) En este caso y haciendo una interpretación muy laxa, podríamos sustituir este control externo por las imposiciones que pueden darse en el interior del sujeto, es decir, aquellos factores que resulten en un control interno ajeno a la voluntad y/o conocimiento del propio individuo –como los que podrían darse en casos de patología psiquiátrica o en el consumo de sustancias que lleve a una distorsión de la realidad o, directamente, a una anulación de la voluntad.

Ello está en línea con la definición de autonomía postulada por Douglas N. Husak en 1981, que afirma que “una persona es autónoma en este sentido en la medida en que se han eliminado todos los impedimentos para que en la oportunidad del caso pueda ejercer su libertad de acción” (Husak, 1981, p.34). Entenderíamos así la alteración psíquica como una falta de libertad.

Esto introduce un nuevo matiz en el análisis, por medio de la relación entre el libre albedrío y la culpa. O'Connor entiende el libre albedrío como “un tipo particular de capacidad de agentes racionales para elegir un curso de acción entre varias alternativas” (O'Connor, 2010, p.31). Así, es la creencia en el libre albedrío la que permite establecer conceptos como «responsabilidad» o «culpa», y es la libertad moral la que “por sí sola hace al hombre verdadero dueño de sí mismo” (Rousseau, 1992, p.61).

Será justamente esta responsabilidad moral que la sociedad otorga a sus integrantes la que ayudará a mantener un equilibrio con relación a las acciones que estos realicen. Por tanto, entendemos la autonomía como base para poder articular las distintas éticas individuales dentro de la moral de una sociedad plural. En este contexto, el objetivo prioritario será establecer algún tipo de consenso social que permita la protección del bien común, que serán aquellos bienes que se priorizarán y, con ello, que decidiremos proteger por medio de la moral y su consecuente normativización –llegando a sí a los «bienes jurídicamente protegidos».

Ello otorgaría a la ley el valor de un muro de protección –en palabras de Werner Jaeger, “la ley es la muralla espiritual que protege la vida de una comunidad” (Jaeger, 1953, p.29), y que se erige como el fundamento en el que los miembros descansan. No se pretende normativizar toda la vida de los sujetos que la componen, sino mediar las situaciones conflictivas y hallar soluciones justas.

Esta idílica concepción de la legislación queda muy lejos del caso que nos ocupa: la jurisprudencia española es oscilante y contradictoria en este campo. Un rápido examen pone de manifiesto las pocas sentencias que resultan en eximente completa, la escasa utilización de las clasificaciones establecidas por los principales manuales de diagnóstico psiquiátrico vigentes hoy en día (el CIE 11 y el DSM V) y la recurrencia al tradicional y anquilosado concepto de patología psiquiátrica como una completa enajenación y pérdida total de la consciencia.

Otra de las regulaciones de la ley actual que podría considerarse como excesivamente relajada es la determinación del tiempo que puede extenderse la restricción de libertad por riesgo de reincidencia (incluida entre las medidas de seguridad que contempla la ley), y que abarca una horquilla que comprende entre tres meses y diez años. En general, se busca la reinserción social –por medio de la curación o control de la patología– y la reeducación del sujeto (medidas preventivas), y sólo en el caso que éstas no tengan éxito se deberá priorizar la protección de la sociedad, apartando al sujeto de ella (medidas especiales). A diferencia de las penas, que se fundamentan en la culpabilidad del sujeto, las medidas de seguridad se fundamentan en su potencial peligrosidad.

El art. 6 del Código Penal establece que, en el contexto de la eximente completa:

Las medidas de seguridad no pueden resultar ni más gravosas ni de mayor duración que la pena abstractamente aplicable al hecho cometido, ni exceder el límite de lo necesario para prevenir la peligrosidad del autor. (Código Penal, 1995, p.11)

Ello nos podría llevar a ver dicha eximente como ventajosa para el acusado. Aunque *a priori* pueda parecer contradictorio, suele darse la situación contraria: en ciertos casos podría ser preferible para el acusado que se le hubiera aplicado la eximente incompleta, ya que con ello se habría beneficiado tanto de una reducción de la pena impuesta como de beneficios penitenciarios, lo que habría resultado en un tiempo de restricción de libertad mucho menor al que le correspondería en caso de inimputabilidad.

A pesar de que éste es sencillamente un matiz legal que, aunque deba vigilarse por las potenciales implicaciones para el sujeto, no reviste mayor trascendencia, contribuye a poner de relieve una situación muy particular. Dado que estamos ante graves delitos que no se acompañan de la habitual pena y obligación de reparación de daños, pueden entenderse como privilegios y –entendiéndola como reacción visceral y totalmente comprensible en el ámbito de lo humano– buscar la aplicación de altas penas –o en este caso, reclusiones– como forma encubierta de venganza. La correcta valoración de estos casos por medio de profesionales competentes y la justa aplicación de las leyes que rigen la inimputabilidad es fundamental, ya que en caso contrario iríamos frontalmente contra el derecho penal de la culpabilidad.

La alusión a la venganza nos remite a otro término que no hemos tratado y que, dada la naturaleza de la culpa, deberíamos mencionar: el perdón. En este caso, el perdón de los injuriados, de sus familias o hasta de la sociedad. Por falta de tiempo no entraré en detalle en ello, sino que me limitaré a citar las claras y concisas palabras de Jankélévitch (citado por Jacques Derrida en *Perdonar lo imperdonable y lo imprescriptible*): “es un elemento estructural del ámbito de los asuntos humanos, que los hombres sean incapaces de perdonar aquello que no pueden castigar, y que sean incapaces de castigar aquello que se ha convertido en imperdonable” (Jankélévitch, 1987, p.29).

Por tanto, que el delito no se cristalice en una pena no significa que sea sujeto de perdón. Más bien al contrario: parece que ello eleve a imposible dicho perdón.

Finalmente, creo que sería importante recordar que tanto la imputabilidad como su negación van mucho más allá de la mera calificación jurídica, y que constituyen la puerta de paso a consecuencias que pueden marcar profundamente o hasta resultar en secuelas irreversibles para la vida de una persona.

5. Conclusiones

Como sugiere Rafael Garofalo, “la anomalía psíquica existe, en mayor o menor grado, en todos los que, según mi definición, pueden llamarse criminales” (Garofalo, n.d., p.112).

Ello pone de relieve dos cuestiones. En primer lugar, debemos tener siempre presente que los juicios –tanto de enajenación y consciencia como de peligrosidad– no son científicamente infalibles, y a pesar de ello pueden acarrear trágicas consecuencias para el sujeto. En segundo, este planteamiento trae a examen una cuestión de fondo: hasta qué punto estamos juzgando al individuo como un todo o estamos valorando las consecuencias del acto como un accidente causal, algo que analizamos de forma aislada. Así, tenemos que decidir si juzgamos al individuo o a las consecuencias del acto.

Pienso que la legislación actual tiende a inclinarse por esta primera opción: posicionándose en contra de la tendencia seguida tradicionalmente de juzgar con base en unos principios rectores –unas normas que se hacen ley y a partir de las cuales se deducen directamente las resoluciones a adoptar–, busca adecuarse al caso en particular, abrir un resquicio para la persona dentro del anquilosado cuadro de la ley y, con ello, tener en cuenta aquellas circunstancias que puedan ser trascendentes para una justa resolución del caso –como en la situación que nos ocupa, la imputabilidad.

Dicha aproximación se evidencia en el caso expuesto. El sujeto es inicialmente considerado como semiimputable y condenado a una pena de prisión, ya que se da un peso muy reducido a la condición psiquiátrica que sufre el acusado –en este caso, una esquizofrenia paranoide– y a su influencia en la perpetración del hecho delictivo. En la revaloración de la sentencia por medio del recurso de casación que se presenta al TSJ, se matiza el juicio inicial, adoptando una posición más afín a lo establecido por la ciencia actual y regulado por la legislación vigente, llegando a la conclusión de que, dada la situación particular, es legítimo aplicar la eximente completa al acusado.

Como contrapunto a la resolución legal del caso y para cerrar lo ya comentado anteriormente en relación a la abismal distancia entre no penalización y perdón, vuelvo a recurrir a Derrida: “el perdón del pecado es un desafío a la lógica penal” (Derrida, 2015, p.19).

Bibliografía

- DE LA TORRE, J., 1999. La responsabilidad penal en las psicopatologías: valoraciones judiciales y jurisprudenciales. *Estudios De Psicología*, 20(63-64), 163-173.
- DERRIDA, J., GARROCHO SALCEDO, D., GARROCHO SALCEDO, D., & PÉREZ DE TUDELA VELASCO, J., 2015. *Perdonar lo imperdonable y lo imprescriptible*. Madrid: *Avarigani*.
- DOMÍNGUEZ DUEÑAS, G., 2015. Justificación del castigo penal en supuestos de concurrencia de enajenación mental transitoria. In *XVI Seminario Internacional de Filosofía del Derecho y Derecho Penal*. León: *Universidad de León*.
- DWORKIN, G., 1976. Autonomy and Behavior Control. *The Hastings Center Report*, 6(1), 23.
- ENGELHARDT, H., 1995. *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona: *Paidós Ibérica*.
- ESPAÑA. Decreto 3096/1973, de 14 de septiembre, por el que se publica el Código Penal, Texto Refundido conforme a la Ley 44/1971, de 15 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, 12 de diciembre de 1973. Modificado por la Ley Orgánica 17/1994, de 23 de diciembre.
- ESPAÑA. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Boletín Oficial del Estado núm. 281.
- ESPAÑA. Tribunal Supremo (Sala de lo Penal). Sentencia núm. 890/2010 de 8 de octubre.
- FADEN, R., & BEAUCHAMP, T., 1986. *A history and theory of informed consent*. New York: *Oxford University Press*.
- FONSECA MORALES, G., 2007. *Exención y atenuación de la responsabilidad criminal por anomalía o alteración psíquica*. Universidad de Granada.
- GAROFALO, R. *La criminología: estudio sobre el delito y sobre la teoría de la represión* (2nd ed.). Madrid: *La España Moderna*.
- GARZÓN VALDÉS, E., 1988. ¿Es éticamente justificable el paternalismo jurídico?. *Doxa. Cuadernos De Filosofía Del Derecho*, (05), 155-173.
- GRACIA GUILLÉN, D., 2008. *Fundamentos de bioética*. Madrid: *Triacastela*.
- HUSAK, D., 1981. Paternalism and autonomy. *Philosophy And Public Affairs*, 10(1), 27-46.
- IGLESIAS RÍO, M., 2003. La eximente de «anomalía o alteración psíquica» (Art. 20-1 CP). *ADPCP, LVI*, 151-173.
- JAEGER, W., 1982. *Alabanza de la ley*. Madrid: *Centro de Estudios Constitucionales*.
- JANKÉLÉVITCH, V., 1987. *Lo imprescriptible*. Barcelona: *Muchnik Editores*.

- MEDINA, A., MORENO, M., LILLO, R., & GUIJA, J., 2016. *Psiquiatría y ley*. Palma de Mallorca: *Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental*.
- O'CONNOR, T., & FRANKLIN, C., 2010. Free Will (Stanford Encyclopedia of Philosophy). Disponible en: <http://plato.stanford.edu/entries/freewill/>
- RAWLS, J., 2005. *A theory of justice*. Cambridge, Mass.: *Harvard University Press*.
- ROUSSEAU, J., & ARMIÑO, M., 1992. *Del contrato social*. Madrid: *Alianza Editorial*.

Sobre la autora:

Cristina Requena Riba, graduada en Medicina por la Universidad de Barcelona. Experiencia como médico asistencial, actualmente formadora de personal sanitario en ética profesional. Cursando el Máster de Bioética y Derecho en el Observatorio de Bioética y Derecho.

cris.requena.riba@gmail.com.

Variabilidad de la identidad de género en la esquizofrenia

Francesc Casanova

Resumen:

En la literatura científica sobre la esquizofrenia abundan descripciones de delirios relacionados con la identidad de género. En estas publicaciones, raramente se plantea una identidad transgénero como independiente de la enfermedad psicótica. A partir de un caso, se discuten algunas particularidades de la sexualidad de las personas con esquizofrenia.

Se propone una aproximación crítica al posicionamiento de la psiquiatría institucional sobre la transexualidad a través de las aportaciones de las teorías feministas en la deconstrucción del sistema sexo-género, lo que introduce el debate sobre el rol de los profesionales de salud mental en la atención a la población transgénero.

Abstract:

Descriptions of delusions related to gender identity abound in the scientific literature about schizophrenia. In these publications, a transgender identity is rarely presented as independent of the psychotic disease. On the basis of a case study, some peculiarities about the sexuality of people with schizophrenia are discussed.

A critical approach to the positioning of institutional psychiatry on transsexuality is proposed through the contributions of the feminist theories in the deconstruction of the sex-gender system. This introduces the debate on the role of mental health professionals in care of the transgender population.

Palabras clave: esquizofrenia, identidad de género, transgénero, feminismos.

1. Introducción

En la atención a las personas con esquizofrenia, encontramos a menudo episodios psicóticos en que parte del malestar involucra alguna esfera de la sexualidad. Desde series clásicas de descripciones de casos clínicos (Glittleson, 1967), se ha descrito la existencia de una mayor prevalencia de delirios que involucren cambios en la identidad de género. Sin embargo, existe escasa literatura sobre las personas con esquizofrenia en las que se plantee una identidad transgénero como característica independiente a la sintomatología psicótica (Meijer, 2017).

A partir de la descripción de un caso, quiero plantear algunas de las peculiaridades que pueden presentarse al intentar caracterizar las diferentes esferas de la sexualidad en la esquizofrenia, si es que esta tarea no es ya bastante compleja para cualquier individuo. Para ello, tomaré como válida la definición de sexualidad según la OMS:

Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales.

2. Descripción de un caso

Se trata de una persona de unos 40 años, cuyo sexo biológico asignado al nacer era masculino, natural de Málaga, que se trasladó a Barcelona junto a su familia hace más de una década. La familia explica un embarazo y parto sin complicaciones, con un desarrollo psicomotor adecuado en la infancia y adolescencia. Tiene estudios elementales, con mal rendimiento académico e inmediata incorporación al ámbito laboral familiar.

Convive en el seno de una familia gitana, con su hermano y su madre, con los que se lleva bien y son su principal círculo social en el momento actual. Se trata de una familia bastante hermética y contenedora. No ha tenido relaciones sentimentales en el pasado ni en la actualidad. A lo largo de su vida ha trabajado ayudando a su familia en la venta ambulante, aunque en los últimos años se centra en la venta de chatarra que encuentra por la calle.

Debutó con un primer episodio psicótico meses después del fallecimiento de su padre, alrededor de los 25 años. Describen que sufrió cambios en su conducta, con tendencia a permanecer en domicilio y aumento progresivo del consumo de drogas. En este contexto fue

estructurando ideación de perjuicio de base alucinatoria auditiva por lo que acabó ingresando en una unidad de agudos de psiquiatría.

Desde entonces ha requerido otros seis ingresos en contextos similares. La recuperación entre descompensaciones es parcial, y a lo largo de estos años ha ido perdiendo funcionalidad, cada vez se ha retraído más en domicilio y presenta un empobrecimiento ideoaectivo marcado.

Durante uno de estos ingresos, compartió su preocupación porque escuchaba que las voces se preguntaban "¿no será travesti?". Al explorar su valoración de esta vivencia, nos explicó que aquello de lo que le acusaban las voces era cierto, que se sentía "travesti" y su miedo era que algunos gitanos quisieran hacerle daño por ello. En realidad, al hacerle describir qué entendía por *travesti* explicaba que se identificaba plenamente como una mujer, por lo que más bien estaba haciendo un uso incorrecto del término, y en realidad se describía como lo que entendemos como mujer transgénero.

Desde 2013 había empezado a comunicar abiertamente en las visitas con su psiquiatra que se sentía una mujer y a expresar deseos de vivir como tal, a menudo usando de forma imprecisa el término de travesti. Según explica la familia, hacía ya más años que lo había comentado con ellos, y la madre había empezado a tratarle en femenino y le ayudaba a comprar ropa interior femenina. El resto de su ropa era muy neutra, sin signos que se tiendan a asociar a ningún género determinado, de forma acorde con el miedo a completar la transición social con los conocidos o familiares no cercanos.

Al parecer en los últimos años había sido difícil lograr que acudiera a renovarse el DNI, un hecho que se había interpretado que pudiera tener una base delirante de perjuicio. Sin embargo, lo cierto era que describía incomodidad usando el DNI actual y su deseo era obtener un documento de identidad en el que constara su género como femenino. En alguna entrevista había comentado, sin entrar en detalles, que le disgustaba ver su imagen en el espejo, aunque nunca llegó a concretar malestar hacia su cuerpo, ni en concreto hacia sus caracteres sexuales.

Era llamativo que pese al marcado aplanamiento afectivo y una funcionalidad muy limitada, cuando abordábamos el anhelo por ser considerado una mujer, estos aspectos se reducían y dejaban ver a una persona ilusionada, que en todo momento razonaba su deseo sin signos sugestivos de una base delirante.

3. Variabilidad de la identidad de género en la psicosis

El hecho de afirmarse como alguien del género opuesto al sexo que se le asignó al nacer en una persona con psicosis supone una cuestión compleja. Sabemos que en la esquizofrenia

existen dificultades para definir la propia identidad, dentro de lo que clásicamente se ha llamado la “desestructuración del yo”. Como parte de este concepto es frecuente encontrar personas con un recuerdo autobiográfico inconsistente y cambios en la definición de ellos mismos que pueden ser objetivados en una mayor prevalencia de cambios de nombre, de apariencia física, de religión... (Seeman, 2017).

Por otro lado, arrastramos de series de los años 60-70 el cálculo de que hasta un 25% de los pacientes con la enfermedad pueden presentar en algún momento de la evolución delirios cuyo contenido esté relacionado con las distintas esferas de la sexualidad (Glittleson, 1967). Se describen cambios o dudas en cuanto a la orientación sexual o los genitales: cambios en cuanto a forma y tamaño, u otros que impliquen la castración y que pueden estar relacionadas con alucinaciones cenestésicas. En cuanto al género, se han descrito delirios de cambiar de género, de no pertenecer a ningún género o de pertenecer a ambos géneros simultáneamente.

En la literatura científica, la mayoría de casos de personas con esquizofrenia publicados con una identidad de género no normativa tienden a asociarse con la psicosis (Baltieri, 2009; Borrás, 2007), y son frecuentes las descripciones de casos en los que la explicación de su identidad de género es claramente bizarra, con una justificación alógica o fluctuante en función del estado psicopatológico. Por ejemplo, el caso de una paciente de 60 años que tras décadas de seguimiento con el diagnóstico de esquizofrenia empezó a afirmar que era un hombre porque sus ovarios eran testículos que producían esperma (Krychman, 2008) o una mujer de 35 años que tras 15 años desde el diagnóstico de la enfermedad le empezó a preocupar haber nacido como hombre pero que su madre le hubiera castrado e inyectado hormonas de pequeña (Manderson, 2001). En estos casos, además, estas creencias se modificaban tras iniciar un tratamiento con fármacos antipsicóticos y psicoterapia.

Independientemente de la explicación que se le atribuya, seguramente hace unas décadas muchas de las identidades de género no-normativas hubieran sido consideradas directamente patológicas, delirantes. Sin embargo, hoy en día nos encontramos que nuestra sociedad ha ido asumiendo e integrando con normalidad expresiones de sexo y de género no binarias, que incluyen aquellas en las que la identidad de género se entiende como fluctuante en el tiempo. Podemos atribuir la causa de este proceso a la rápida diseminación en diferentes capas de la sociedad de algunos conceptos de los estudios de género, sin duda una de las ramas más populares de las teorías feministas y que merece la pena señalar antes de proseguir.

4. La teoría queer y la deconstrucción del sistema sexo-género

Durante la segunda mitad del siglo XX coinciden la eclosión de las diferentes teorías del feminismo y la madurez de las disciplinas de la psiquiatría, psicología y psicoanálisis. En este periodo, la teoría política feminista se ha interesado por hacer una revisión crítica de la historia de la psiquiatría y señalar la influencia de su discurso en la creación del sujeto mujer, y de su patología. Más allá de esta aportación, a través de las metodologías de las teorías feministas se cuestionan aspectos de concepción del sujeto que pueden modificar nuestra forma de entender la atención en salud mental, como sucede en el caso del constructo sexo-genero.

A modo de breve resumen histórico, podemos considerar que en *El segundo sexo*, Simone de Beauvoir sienta el precedente de la separación entre los conceptos de sexo biológico y de género, señalando que el primero tendría una dimensión natural mientras que el segundo requiere de un aprendizaje, y por lo tanto, es una construcción cultural. Décadas después, a través de la teoría queer, se desarrolla toda una corriente de pensamiento que completa la deconstrucción del sistema sexo-género. Se trata de un proceso crítico sobre las propias teorías feministas que inicia Teresa de Lauretis en *La tecnología del género*, donde la autora defiende que la teoría feminista sea una disciplina centrada en las contradicciones y multiplicidades de la identidad del sujeto, de tal manera que se haga evidente que cualquier sujeto del feminismo definido hasta entonces existe solo como construcción teórica, como "representación".

Judith Butler en *El género en disputa* desarrolla esta teoría a través del concepto de "performatividad de género", según el cual entiende que el género es una construcción cultural en constante representación con base en una serie de normas culturales y sociales. Butler da un paso más allá con la defensa de que también la categorización del sexo biológico es un proceso cultural, que de hecho ha venido marcado por la categorización establecida por el binarismo del género masculino/femenino, y lo argumenta tomando de ejemplo la intersexualidad, como muestra de un colectivo que pese a no corresponderse con las categorías de sexo masculino/femenino, se ven forzados a ser incluidos en una de ambas categorías. Ante este planteamiento, lo queer pretende plantear una identidad que precisamente tienda a imaginarse fuera de cualquier identidad.

Es por ello que no debe extrañarnos encontrar voces discordantes dentro del discurso hegemónico de la psiquiatría, que proponen adoptar la teoría y metodología de la teoría queer para replantear algunas de las cuestiones del modelo de atención a la salud mental occidental,

como proponen las doctoras M^o Teresa Climent Clemente y Marta Carmona en el compendio de ensayos *Transpsiquiatría: Abordajes queer en salud mental*, publicado por la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) en 2018. Por un lado, en el libro se plantea que el mismo carácter deconstructivo de la teoría queer puede extrapolarse con el objetivo de cuestionar la propia categoría de lo que es la enfermedad mental. Pero también proponen planteamientos más complejos, como entender las diferentes presentaciones clínicas psiquiátricas como un abanico de performatividades del sufrimiento psíquico, que de igual modo que las identidades de género se ven modificadas por las normas sociales y culturales de la época.

5. Una aproximación crítica de la disforia de género

Probablemente, el ejemplo en el que la teoría queer puede desarticular desde más puntos un aspecto de la psiquiatría actual es en el diagnóstico de la disforia de género. Cuando atendemos a los criterios citados en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM V, APA, 2013), observamos una tendencia a comprender la transexualidad desde criterios puramente anatómicos, en una confusión entre "género" y "sexo biológico" que simplifica una cuestión de la construcción identitaria, y no de corporalidad. Estos criterios son:

"A. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna, de una duración mínima de seis meses, manifestada por un mínimo de dos de las características siguientes:

1. Una marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y sus caracteres sexuales primarios o secundarios (...).
2. Un fuerte deseo por desprenderse de los caracteres sexuales propios primarios o secundarios, a causa de una marcada incongruencia con el sexo que se siente o se expresa.
3. Un fuerte deseo por poseer los caracteres sexuales, tanto primarios como secundarios, correspondientes al sexo opuesto.
4. Un fuerte deseo de ser del otro sexo.
5. Un fuerte deseo de ser tratado como del otro sexo.
6. Una fuerte convicción de que uno tiene los sentimientos y reacciones típicos del otro sexo.

B. El problema va asociado a un malestar clínicamente significativo o a deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento."

Esta elección de criterios del DSM evidencia una problemática conceptual a la hora de definir la transexualidad que Castellini (2016) desarrolla en la contraposición de una perspectiva anatómica y otra psicosocial. La perspectiva anatómica ha tendido a simplificar la transexualidad como individuos en un "cuerpo equivocado", lo que implica poner sobre los caracteres sexuales primarios el foco de la cuestión y facilita un abordaje medicalizado a través de la "corrección" del cuerpo a través de hormonoterapia o cirugías de reasignación.

En la perspectiva psicosocial, en cambio, el género se entiende como una característica más de la identidad que el individuo tiende a fijar (o no) en la edad adulta, y en la que el sexo asignado al nacer es un mero primer intento de descripción al nacimiento. Esta perspectiva permite una mayor comprensión de las frecuentes incongruencias de género en la población adolescente, ya que tiene en cuenta que se trata de una etapa en la que la identidad no está fijada. Por otro lado, las herramientas hormono-quirúrgicas serían entendidas aquí como tratamientos "afirmativos" de género, es decir, complementos que puedan ayudar a confirmar la identidad del individuo.

Recuperando la cuestión de la esquizofrenia, resulta importante señalar que no hay un criterio en el DSM V que obligue a descartar otros trastornos mentales para realizar el diagnóstico de disforia de género. Esto es así solo desde 1994, cuando en el DSM IV se eliminó la necesidad de excluir la esquizofrenia para el diagnóstico del por entonces llamado "trastorno de la identidad de género". En este cambio de terminología también observamos un hecho significativo, ya que el cambio a "disforia de género" implica que deja de entenderse la transexualidad como una patología mental per se, y pasa a serlo tan solo cuando supone un malestar en el individuo.

En el momento actual en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) se mantiene la necesidad de excluir la esquizofrenia para el diagnóstico de trastorno de la identidad de género. Sin embargo, en 2019 la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció que para su onceava edición, prevista para 2022, dejará de incluir la transexualidad en el capítulo de trastornos mentales y la trasladará como apéndice al capítulo de salud sexual, con lo que se suprimirá la categorización como patología. Parece previsible esperar que en futuras ediciones el DSM se trabajará en la misma línea.

6. Nuevos posicionamientos de la psiquiatría en la atención a la población trans

Ante este planteamiento cada vez más generalizado, resulta lógico preguntarse qué rol debemos adquirir los profesionales de salud mental en el abordaje de la atención a las

necesidades de la población transgénero, si es que debemos asumir algún rol. Son interesantes perspectivas como la que propone Marina De la Hermosa en su ensayo dentro del libro de la AEN previamente citado (2018), quien aboga por un cambio de paradigma desde un modelo de "tutela psiquiátrica", en el que el psiquiatra ejercía la responsabilidad de dar acceso o no a las personas trans a las intervenciones médicas, a un "acompañamiento afirmativo" en el que nuestro rol consista en ayudar a explorar la identidad de género del paciente, acompañarle en el proceso de compartirla con sus allegados y de asimilar los cambios que suponen, además de tratar las repercusiones en salud mental que puedan aparecer secundarias al estrés sobreañadido de pertenecer a un colectivo minoritario maltratado socialmente.

En el caso de las personas con esquizofrenia, parece aún más indicado un acompañamiento por profesionales de salud mental a la hora de explorar transiciones en la identidad de género. En estos casos, existe controversia en relación a la posibilidad de indicar intervenciones hormonales o quirúrgicas. Los autores posicionados en contra plantean argumentos de diferente tipo. Por un lado, la posibilidad de que se nos escape que esta sea parte de una construcción delirante que no haya sido bien explorada. Por otro lado, algunos autores han apuntado la tendencia de algunos pacientes con esquizofrenia a tener expectativas poco realistas o tomar decisiones de forma más impulsiva en intervenciones de carácter irreversible. Intervenciones que, por otro lado, requieren de responsabilidad y colaboración en el autocuidado. También se ha apuntado con frecuencia tener en cuenta la posible interacción de la terapia hormonal con los psicofármacos o con la propia sintomatología psiquiátrica (Borras, 2007).

Pero en el otro lado de la balanza, debemos tener en cuenta que la World Professional Association for Transgender Health defiende en sus guías que "un diagnóstico de salud mental no supone un motivo para la exclusión de los procesos médicos cuando la persona lo necesite, así como tampoco que se encuentre institucionalizada" (WPATH, 2012). Además, en el caso de otros diagnósticos psiquiátricos que pueden padecer la población transgénero (ansiedad, depresión, abuso de drogas, trastornos de conducta alimentaria) se ha observado que llevar a cabo tratamientos hormonales o quirúrgicos cuando se solicitan produce una mejoría del malestar psiquiátrico (Avery, 2001). Existen escasas publicaciones en las que se describan casos de éxito de personas con esquizofrenia que hayan llevado a cabo un proceso de transición y tratamientos afirmativos hormonales y/o quirúrgicos (Meijer, 2017), lo que subraya la importancia de divulgar este tipo de ejemplos.

En el caso que he planteado, aunque por el momento no había una petición directa de recibir algún tipo de tratamiento hormonal o quirúrgico, podemos pensar que sería una

demanda coherente a mediano plazo si en el seguimiento próximo validamos su condición transgénero e inicia una transición social.

7. Conclusiones

La revisión del concepto de disforia de género en relación con la psiquiatría nos ayuda a constatar la influencia del contexto social y los debates contemporáneos de filosofía en nuestra especialidad, hecho que nos obliga a revisar constantemente nuestros criterios diagnósticos así como el propio rol que ejercemos en la sociedad. Por este mismo motivo, es importante una aproximación crítica a las publicaciones científicas sobre la transexualidad, sobre todo en algunos de los casos clínicos que he presentado, en los que se hacen patentes algunos sesgos de tipo ideológico.

En un periodo en el que se debate mucho sobre el papel de los profesionales de salud mental en la atención de las personas transgénero, este ensayo propone argumentos a favor de un modelo en el que nuestra atención tiene un rol posible, entendido en la línea del acompañamiento y no de la patologización.

Otro aspecto relevante es la importancia de explorar y ayudar a autoexplorar los diferentes aspectos de la sexualidad de las personas que atendemos, también en aquellos con un diagnóstico de esquizofrenia. Creo que uno de los mensajes interesantes es que debemos tener en cuenta los deseos del paciente con esquizofrenia, un hecho que parece obvio a simple vista pero que a menudo es difícil en la práctica clínica, pues podemos caer en la excesiva cautela paternalista de creer que cualquier decisión trascendental que tomen pueda ser un error fruto de la enfermedad y limitar de esta forma el derecho a hacer cambios en su vida.

Bibliografía

- American Psychiatry Association, (2013), *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Madrid: Panamericana.
- AVERY, Anna M. et al, (2001), «Satisfaction With Health Services Among Sexual Minorities With Major Mental Illness», *American Journal of Public Health*, 91, pp. 990-991.
- BALTIERI, Danilo Antonio, et al, (2009), «Schizophrenia modifying the expression of gender identity disorder». *Journal of Sexual Medicine*, 6, pp. 1185-1188.
- BARRETT, James, (2007), *Transsexual and other disorders of gender identity, a practical guide to management*, Oxford: Radcliffe Medical Publishing.
- BEAUVOIR, Simone, (2018), *El segundo sexo*, Madrid: Cátedra.
- BHARGAVA, Subhash C., et al, (2002), «Transsexualism and Schizophrenia: a case report», *Indian Journal of Psychiatry*, 44, pp. 177-178.
- BORRAS, Laurence, et al, (2007), «Delusional "pseudotranssexualism" in Schizophrenia», *Psychiatry*, 70, pp. 175-179.
- BUTLER, Judith, (2001), *El género en disputa*, Barcelona: Paidós.
- CASTELLINI, Giovanni, et al, (2016), «Gender Dysphoria», en Stanghellini, Giovanni et al (Eds), *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology*, Oxford: Oxford Handbooks.
- CLIMENT, M^aTeresa, et al, (2018), *Transpsiquiatría, abordajes Queer en salud mental*, Madrid: AEN Digital.
- DHEJNE Cecilia, et al, (2016), «Mental health and gender dysphoria: A review of the literature». *International Review of Psychiatry*, 28, pp. 44-57.
- DE LAURETIS, Teresa, (2000), «La tecnología del género» en *Diferencias*, Madrid: Horas y horas.
- GITTLESON, Neville Leon, et al, (1967), «Subjective ideas of sexual change in female schizophrenics», *British Journal of Psychiatry*, 113, pp. 491-494.
- KRYCHMAN, Michael, et al, (2008), «Psychiatric illness presenting with a sexual complaint management by psychotropic medications: A case report», *Journal of Sexual Medicine*, 5, pp. 223-226.
- MANDERSON, Lindsay, et al, (2001), «Gender identity disorder as a rare manifestation of schizophrenia». *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, pp. 543-544.
- MEIJER, Julia H., et al (2017), «Gender Dysphoria and Co-Existing Psychosis: Review and Four Case Examples of Successful Gender Affirmative Treatment». *LGBT Health*, 4, pp. 106-114.

- MIZOCK, Lauren, (2017), «Transgender and Gender Diverse Clients with Mental Disorders: Treatment Issues and Challenges», *Psychiatric Clinics of North America*, 40, pp. 29-39
- SEEMAN, Mary V., (2017), «Identity and Schizophrenia: Who do I want to be?» *World Journal of Psychiatry*, 22, pp.1-7.
- STUSIŃSKI, Jaroslaw, et al, (2018), «Gender dysphoria symptoms in schizophrenia», *Psychiatria polska*, 52, pp. 1053-1062.
- URBAN, Marek, et al, (2010), «Delusion of sex change and body dysmorphic disorder in clinical picture of paranoid schizophrenia. Case reports», *Psychiatria polsk*, 44, pp. 723-733.
- World Health Organization, (1992), *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*, Geneva: WHO.
- The World Professional Association for Transgender Health, (2012), *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People, 7th version*. Illinois: WPATH.

Sobre el autor:

Nací en Barcelona en 1992, ciudad en la que me gradué en Medicina (Universitat de Barcelona, 2010-2016) y en la que actualmente estoy completando la residencia de Psiquiatría (Parc de Salut Mar, 2018-actualidad). En el momento actual, compagino esta formación con el grado en Estudios Literarios de la Universitat de Barcelona.

63629@parcdesalutmar.cat

Trastornos de la alimentación: del síntoma individual a la problemática sociocultural

Pablo Feito y Anna Torà

Resumen:

El objetivo es realizar una serie de reflexiones respecto al encuentro terapéutico con personas que expresan dificultades con la conducta alimentaria. El foco está situado en cómo el escenario de terapia puede crear condiciones de descifrado de síntomas y, con ello, facilitar el cambio. Inevitablemente se trataría también de situar el síntoma dentro de un contexto social actual con el que se da una influencia recíproca, además sin perder de vista que todo ello está atravesado inexorablemente por una visión de género.

Abstract:

The aim is to make some reflections about the therapeutic meeting with people who express difficulties regarding eating behavior. This article is focused on how the therapy setting can provide symptom decoding conditions and thereby enable change. Inevitably, it would be also an aim to place the symptom within a current social context which provides reciprocal influences, while keeping in mind that everything said is inexorable attached to gender perspective.

Palabras clave: conducta alimentaria, género, contexto social.

En las sucesivas líneas se tratará de desglosar y reflexionar acerca de los trastornos de la conducta alimentaria, realizando un recorrido que parte del escenario de consulta, pasando progresivamente a conocer otros escenarios de influencia, como son el familiar y el social. No se trata de un recorrido lineal, sino que se asume la mutua y recíproca influencia entre todos los contextos abordados.

1. El encuentro y el síntoma individual

Partiendo del momento en que una persona con trastorno de la conducta alimentaria acude a nuestra consulta, las primeras herramientas y conceptos que manejamos están relacionados con la descripción de síntomas. En este sentido contamos con las clasificaciones diagnósticas actuales (DSM-5 y CIE-10-MC), que de alguna manera codifican la demanda. Dentro de esas clasificaciones hablaríamos de anorexia nerviosa (atendiendo a variables relacionadas con la restricción alimentaria, el infrapeso, el miedo a ganar peso, distorsión perceptiva), bulimia nerviosa (presencia de atracones, descontrol, comportamientos compensatorios), trastorno de atracones (poniendo el foco en la recurrencia de los atracones, hechos asociados al atracón), otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado (se especifica el motivo por el que no se cumplen los criterios) y trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado (no se especifica el motivo por el que no se cumplen los criterios). Sin embargo, estos intentos de clasificar la experiencia, el sufrimiento o el malestar, se acercan más al beneficio burocrático que a la relación de ayuda. El diagnóstico individual es limitante, reduccionista, artificioso, siempre que nos situemos en el terreno de las ideas y de las emociones. Si algo define al ser humano es su carácter social, está claro que necesita alimento para sobrevivir, pero fundamentalmente necesita de la relación con el otro para vivir. Una forma de atender esta cuestión y dotar a nuestro trabajo de una visión más aperturista es el concepto de diagnóstico relacional, que tiene en cuenta lo que le sucede a la persona en relación al contexto en el que se mueve.

2. Más allá del síntoma individual

El diagnóstico relacional sería el hilo conductor entre el síntoma individual, su inclusión en el escenario terapéutico de nuestra consulta, el escenario familiar y el escenario social. Con ello se resolvería la limitación del plano descriptivo de síntomas. Cuando hablamos de escenario terapéutico nos referimos a ese espacio en el que se van a tejer nuevas narrativas a partir del

motivo de consulta de la persona que demanda ayuda. Para ello hay que contar con una filosofía de trabajo, un modelo que sostenga nuestras acciones. En esta línea hablaríamos de las corrientes posmodernas del constructivismo y el construccionismo social, así como las terapias narrativas. Posmodernas porque se alejan de las líneas de la modernidad (positivismo, lo demostrable y verificable, las verdades universales). El constructivismo estaría situado o sería una versión psicológica, centrado en esas áreas de acción. Por contra, el construccionismo social se orienta hacia lo político-social. Siendo modelos con una ideología claramente similar, existen diferencias entre ellos que enriquecen su aplicación o efectos en psicoterapia. Una de las diferencias tiene que ver con el ámbito de construcción, en este sentido el constructivismo enfatiza en el individuo como el constructor de una realidad o conocimiento, mientras que el construccionismo afirma que esto se da en relación/interacción o en las relaciones/interacciones sociales. Otra diferencia es que el constructivismo se basaría en los procesos de aprendizaje como el motor de representación de la realidad, el construccionismo sitúa el eje de construcción en el lenguaje. Otro punto de divergencia está en la radicalidad de los modelos con respecto a la realidad independiente del individuo. El constructivismo, de alguna manera, acepta que hay una realidad material, aunque no lleguemos a conocerla objetivamente, por el contrario, el construccionismo va un paso más allá, negándola. En cuanto a los efectos en psicoterapia, al incorporar estos modelos de actuación habría que mencionar la humildad en la posición del terapeuta. Pensando el constructivismo como un avance desde posiciones psicoterapéuticas tradicionales basadas en las certezas teóricas/evidencia científica, pero en cierto modo arrastrando algunos ecos de la modernidad en forma de artefactos teóricos que distancian al profesional del cliente. Se podría decir, por el contrario, que el construccionismo se desprende de esos ecos, situando al terapeuta como un elemento más de la relación, con su conocimiento cuestionable, con su modelo teórico más que cuestionable, como un agente conversacional en un contexto local. En plena conexión con estas ideas emerge otro efecto en la práctica psicoterapéutica muy importante, facilitador de las llamadas prescripciones sociales. Con esto se quiere transmitir que la relación terapéutica es un elemento más de ayuda, pero fundamentalmente se mira a las mejorías de la persona fuera de este contexto de terapia. Ese contexto es su cultura, sus agentes sociales. Un ejemplo de esto serían los grupos de apoyo mutuo. Ancladas a estas filosofías del pensamiento estarían las terapias narrativas, que aportan herramientas en el plano interventivo. Las terapias narrativas poseen una visión del ser humano como un ser que busca dar sentido a su experiencia, que la ubica en una línea temporal en la que se va construyendo una trama o narración que se construye en relación con los otros significativos.

La historia es construida y no descubierta por medio de un marco interpretativo previo. Son terapias que rechazan la postura objetivista, asumiendo la complejidad, flexibilidad y subjetividad del individuo. Algunas técnicas que se podrían encuadrar bajo esta forma de trabajar son el equipo reflexivo, el modelo del diálogo abierto, la externalización del síntoma, etc. Todo lo anterior carecería de sentido si perdemos de vista los aspectos emocionales de la persona que tenemos enfrente, el escenario terapéutico debe dar espacio a la conexión emocional. Dado que buscamos el cambio, hay que decir que no es posible el cambio psíquico sin el cambio emocional. Y el cambio debe tener un componente irradiador, tocando con otros escenarios como el familiar (el que suministra el alimento físico y el alimento emocional) y el social. Respecto a este último es de notable importancia observar con una perspectiva de género, que conecta con las relaciones de poder de nuestra sociedad y que influyen en los diferentes roles asignados, la esclavitud ante una imagen (superficial) a mostrar, la circulación de la violencia y los abusos. El factor común es el de un cuerpo que sufre, que absorbe este malestar social, el cuerpo (mayoritariamente el de las mujeres) como diana. En las próximas líneas profundizaremos en esos diferentes contextos o escenarios.

El escenario de terapia, el encuentro terapéutico, es en el que se deben crear unas condiciones que permitan el descifrado de síntomas de cara a facilitar el cambio. Dichas condiciones tienen que ver con que el profesional adopte una postura de no saber, exploratoria y humilde. Esto no quiere decir que el terapeuta no sepa, sino que su conocimiento está al servicio de la persona que pide ayuda, que al fin y al cabo es la experta en ella misma. Nuestro conocimiento no está para encorsetar la experiencia del cliente, sino para acompañarle en el autoconocimiento de aquella. La línea de acción del profesional pasa por co-construir junto con el cliente caminos alternativos a un diagnóstico individual. Se trataría de conjugar el método socrático con el humanismo de Rogers y Maslow, es decir, avanzar desde el plano reflexivo con el cliente atendiendo a sus necesidades y confiando en sus capacidades potenciales. Dirigiéndonos específicamente a los trastornos de la conducta alimentaria, diríamos que las dificultades con la alimentación pueden ser una manera de expresar sentimientos que no llegan a ser dichos, emociones que no alcanzan a ser reconocidas. El encuentro terapéutico se erige como el espacio para detenerse a pensar, para descifrar emocional y socialmente la huelga de hambre o la voracidad alimenticia.

El escenario familiar, sobre el que circulan los vínculos más intensos, es el que dota del sustento primario físico y emocional, suministrador de afecto y, también, de sufrimiento. Es la base en la construcción de nuestra identidad. Ampliamos escenarios y, por tanto, ampliamos herramientas. Para este cometido aparece la terapia familiar sistémica como un

perfecto aliado. Desde este enfoque seguimos rompiendo con la visión individualista del síntoma, éste lo conceptualizamos desde una función estabilizadora del sistema familiar y refleja, a su vez, un malestar de éste (no de una persona). Es decir, el síntoma hace que el sistema familiar siga intacto, tiene una función homeostática. La sistémica también se nutre de otra teoría que aborda las primeras relaciones de cuidado, como es la teoría del apego (que tiene en Bowlby a su máximo representante). El apego como cualquier forma de conducta que tiene como resultado el que una persona retenga u obtenga la proximidad del otro individuo, diferenciado y preferido que suele considerarse como fuente de alivio y bienestar. Subraya la importancia que tienen los vínculos íntimos y emocionales y la influencia que tienen las tempranas relaciones de apego en el desarrollo de la personalidad (y, en algunos casos, el origen de la psicopatología). Los criterios para el apego son la necesidad de proximidad a la persona por la que se tiene apego en los momentos de zozobra, aumento del bienestar y disminución de la angustia cuando esta persona está y marcado aumento del malestar y la angustia ante el descubrimiento de que la accesibilidad a esa persona está amenazada. Otros conceptos en los que se fija la sistémica respecto a la familia es la estructura de ésta, la jerarquía, las fronteras, el ciclo vital y los procesos de diferenciación de los individuos. En cuanto a la estructura, jerarquía y fronteras, se han elaborado tipologías familiares clásicas en casos de anorexia restrictiva. Familias con tendencia al aglutinamiento (exceso de unión y límites difusos entre subsistemas), rigidez ante los cambios y evitación de conflictos. También se han elaborado tipologías familiares en casos de bulimia, presentando características similares a las de los casos de anorexia, a lo que se añadía el aislamiento social, preocupación por las apariencias y especial significación a la comida y a la alimentación por parte de la familia. Acorde a la perspectiva de género mencionada en líneas anteriores, hay que señalar que en la terapia sistémica se han desarrollado revisiones feministas de conceptos clásicos sistémicos. En esta línea mencionamos los conceptos de neutralidad del terapeuta (que perpetuaría la desigualdad con su imparcialidad), circularidad (la mujer tendría menos responsabilidad en los patrones circulares), complementariedad (no podemos hablar de una complementariedad sana cuando ambas partes no parten de las mismas condiciones), jerarquía (el concepto de jerarquía no da cabida al estilo de toma de decisiones de la mujer, más consensuado y colectivo, ni de ejercer su autoridad a través de la relación más que del ejercicio explícito del poder) y triángulos (se da demasiado acento a la sobreimplicación materna y mucho menos al distanciamiento paterno, y que también define toda la relación). Enlazando con el siguiente escenario, el social, cabe preguntarse hasta qué punto la terapia es un acto social y político.

Individuo y familia están inexorablemente atravesados y atraviesan un contexto sociocultural. En este escenario aparecen las diferencias de género inmersas en una determinada cultura que marca las relaciones de poder. El terapeuta, obviamente, no se escapa de esta red de influencias mutuas. Ser consciente de que la neutralidad no existe y, en muchas ocasiones el no posicionamiento del terapeuta puede contribuir a mantener una situación de opresión y/o discriminación hacia algún colectivo. Las influencias socioculturales aluden en buena parte a cómo funciona la economía de una sociedad, es decir, el sistema socioeconómico (que en sí mismo son personas) repercute de manera más o menos directa en la salud de los individuos. Un sistema heteropatriarcal, en el que predominan los ritmos vertiginosos, donde la producción, la competición y la exigencia le ganan la partida a la cooperación, al asociacionismo, al apoyo mutuo y al sentido de comunidad. Uno debe preguntarse, en este panorama, si existe algún lugar para conectar con nuestra zona emocional. Porque conectar con esta zona es afirmarnos como sujetos, como individuos, algo que simboliza salud. Para conectar se necesita tiempo y espacio, algo que generalmente no se prioriza o no priorizamos en este sistema. Otro aspecto importante y relacionado con los trastornos de la alimentación, que se respira en el escenario social, es la esclavitud ante un tipo de imagen a mostrar. Un narcisismo que excede la afirmación como sujeto, y que lo deja vacío por dentro, un ideal de belleza que únicamente siembra el camino del sacrificio del cuerpo. Actualmente el máximo exponente se encuentra en las redes sociales, dando muestra del esfuerzo explícito e implícito en la apariencia. Surge otra pregunta, ¿existe atención a nuestro mundo interno? En el camino de aumentar nuestro entendimiento sobre los trastornos de la conducta alimentaria desde un plano sociocultural aparece otro concepto que arroja notable claridad, hablamos de las tecnologías de género. Dicho concepto se le atribuye a la teórica feminista Teresa de Lauretis, a la que también hay que asociar la expresión Teoría Queer. Esta autora propone, de forma análoga a Foucault (que hablaría de tecnología del sexo), el género como los efectos del despliegue de una tecnología compleja. En esta línea cabría mencionar que el género es una representación y que dicha representación es su construcción, de la misma manera que la desconstrucción de este concepto afecta a su propia construcción. En otras palabras, la construcción del género es tanto el producto como el proceso de su representación. A modo ejemplificador, las tecnologías del género serían el cine o las redes sociales, así como grandes teorías (Psicoanálisis) que pivotan desde puntos donde el hombre es la referencia. Tecnologías que proponen, que construyen y en último término moldean los cuerpos, marcan la diferencia entre lo ideal y lo que no lo es, lo que es normal y lo que no lo es, lo que tiene que ser masculino y lo que tiene que ser femenino. De nuevo, caldo de cultivo para la presión y la

frustración, de nuevo la enfermedad como fuente de resistencia y de nuevo el cuerpo como diana.

3. Datos para reflexionar

En los párrafos anteriores se trazó un camino desde el encuentro con el síntoma individual hasta la búsqueda de realidades (familiares y sociales) que lo complementan y lo influyen, y viceversa. Como si se tratase de un poliedro, los trastornos de la conducta alimentaria deben de ser contemplados desde sus múltiples caras y matices para lograr una aproximación a su entendimiento. Es un paisaje rico y complejo a su vez, pero del que se pueden desprender datos u observaciones significativas para seguir comprendiendo (camino infinito). Es un malestar, una problemática con una prevalencia claramente femenina. El 90 % de las mujeres en relación al 10 % de hombres que sufren este trastorno refleja que la manera de sufrir está influenciada por el género, los mandatos y estereotipos sociales dictan cómo nos tenemos que mostrar ante y para afrontar el sufrimiento. Una sociedad que agrede en sus prácticas, una masculinidad asociada a la exteriorización de dicha agresión (más violencia, en todas sus gamas) y una feminidad destinada a la autoagresión (culpa, sacrificio, huelga de hambre, voracidad dañina). Otro concepto que conecta con lo anterior, en el sentido de la violencia que circula y los daños heredados, es el del abuso sexual. Según Save The Children, el 23 % de las niñas y el 15 % de los niños sufre abusos sexuales antes de los 18 años en España. El 80 % de los abusos son silenciados por estar producidos dentro del ámbito familiar. Se trae el concepto de abuso sexual por su asociación con los trastornos de la conducta alimentaria, ya que el porcentaje de personas con trastornos alimentarios que han sufrido abusos sexuales fluctúa entre el 10 y el 30 %. Todo ello nos hace pensar en cambiar la mirada a los síntomas individuales que nos encontramos, síntomas que hay que encuadrar en un contexto complejo, síntomas que hay que observar desde la utilidad o mensaje que pueden estar transmitiendo, síntomas que nos defienden de males mayores. En este sentido pensamos los trastornos de la conducta alimentaria, entre otras formas, como un ajuste psicológico ante el trauma.

4. Conclusiones

Desde que recibimos a un cliente en consulta estamos realizando un papel en la sociedad. Marcamos la diferencia si enfocamos un síntoma como algo interno o individualizado o como algo que comunica un sufrimiento, al que hay que dotar de visión de género y que se enmarca

en un determinado contexto. No comer puede convertirse en el único aliado para sostener la propia identidad, comer sin control el perfecto mecanismo para no pensar y anesthesiarse ante la angustiada realidad. El individuo es sociedad, la familia es sociedad, nuestra práctica clínica es sociedad, cómo nos relacionemos, cómo nos cuidemos y qué discursos empleemos acorde (o no) a ello, marcará la forma en que demos alivio y, si es posible, solución a nuestro sufrimiento psíquico.

Bibliografía

- ANDERSON, Harlene, 2012, *Relaciones de colaboración y conversaciones dialógicas: ideas para una práctica sensible a lo relacional*, Family Process, Vol. 51, No. 1.
- ANDOLFI, Maurizio, 1984, *Formación del Sistema Terapéutico*, en *Terapia familiar. Un enfoque interaccional* (pp 36-73), Buenos Aires: *Paidós*.
- BARBAGELATA, Norberto, 2001, *Actualización de las dinámicas familiares en pacientes con trastornos de la alimentación y su tratamiento*, en *Avances en trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, obesidad*, Barcelona: *Masson*.
- DE LAURETIS, Teresa, 1989, *La tecnología del género*, En *Technologies of Gender. Essays on Theory, Film and Fiction* (pp 1-30), London: *Macmillan Press*.
- Fairburn, Christopher, Cooper Zafra & Shafran Roz, 2003, *Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment*. Behaviour Research Therapy. May; 41 (5) :509-28.
- LÓPEZ, Fernando, MANRIQUE, Rafael, OTERO, Soraya, 1990, *Los sistemas observantes: conceptos, estrategias y entrenamiento en terapia familiar sistémica*. R.A.E.N. Vol. X. N. 033.
- MENÉNDEZ, Isabel, 2007, *Alimentación emocional*. Barcelona: *Debolsillo*.
- MINUCHIN, Salvador, & FISHMAN, Charles, 2004, *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: *Paidós Terapia Familiar*.
- NARANJO, Claudio, 2011, *La vieja y la novísima gestalt: actitud y práctica de un experiencialismo atóxico*. Santiago de Chile: *Cuatro vientos*.
- BERTRANDO, Paolo & TOFFANATTI, Darío, 2004, *1990-2000: Modernidad y Posmodernidad*, En *Historia de la terapia familiar* (pp. 287-351), Barcelona: *Paidós*.
- SELVINI, Maria, BOSCOLO, Luigi, CECHIN, Gianfranco, & PRATA, Giuliana, 1980, *Hipotetización-circularidad-neutralidad. Tres directrices para el buen desarrollo de la sesión*. *Terapia familiare*, (7), 7-19.

- STIERLIN, Helm, RUCKER-EMBDEN, Ingerborg, WETZER, Norbert, WIRSCHING, Michael, 1986, *¿Por qué tiene sentido hablar con toda la familia?*, En *Terapia de familia. La primera entrevista* (pp 21-29). Buenos Aires: *Gedisa*.
- TOMM, Karl, 1988, *Entrevista de Intervención Parte 3ª Tratando de Hacer Preguntas Lineales, Circulares, Estratégicas y Reflexivas*. *Family process*, 27, 1, pp. 1-16.
- WALTERS, Mariane, CARTER, Betty, PAPP, Peggy, SILVERSTEIN, Olga, 1991, *Hacia una Perspectiva Feminista en la Terapia Familiar*. En *La real invisible* (pp 29-45). Barcelona: *Paidós*.
- White, Michael, Epston, David, 1993, *La Externalización del Problema*, en *Medios narrativos para fines terapéuticos* (pp 53-87). Barcelona: *Paidós*.

Sobre los autores:

Mi nombre es Pablo Feito Fernández, nací en el Principado de Asturias el 12 de noviembre de 1989. En dicha comunidad autónoma completé mi formación académica hasta la fecha, obteniendo el título de Licenciado en Psicología por la Universidad de Oviedo en 2012. Acabada la carrera decidí opositar para iniciar el proceso hacia la especialidad en Psicología Clínica, en 2015 aprobé la oposición con plaza para hacer la residencia en Psicología Clínica en el Instituto Psiquiátrico José Germain de Leganés (Comunidad de Madrid). De mayo de 2015 a mayo de 2019 me formé como Psicólogo Interno Residente y en junio de 2019, ya como Especialista en Psicología Clínica, cambio de ciudad en busca de nuevas experiencias. Es por ello por lo que me traslado a Barcelona y trabajo como Psicólogo Clínico en la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria de Mútua Terrassa. Además de la vertiente clínica de la Psicología, me inquietan sus bases filosóficas, sociales, antropológicas y artísticas. Considero que, de alguna manera, la clínica o las diferentes manifestaciones de una persona están insertadas en un contexto dotado de los ingredientes anteriormente mencionados.

feito.fernanez.pablo@mail.com

Me llamo Anna Torà Ardèvol, nací en diciembre del 1989 en Reus. He vivido siempre en Móra d'Ebre hasta que empecé a estudiar psicología en la Universitat Autònoma de Barcelona. Después de tres años de estudiar el PIR, realicé mi residencia en el Hospital Universitario Mútua de Terrassa, dónde estoy trabajando como adjunta hace poco más de un año, en dos servicios, la UTCA y el CAS. Durante la formación como psicóloga clínica fue creciendo mi interés entorno temas de género e identidad pudiendo hacer la rotación externa

en la unidad de identidad de género del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. También creció el interés y curiosidad de la mirada humanista hacia la salud mental realizando formaciones al respecto actualmente.

annatoraardevol@gmail.com