

V CONGRESO INTERNACIONAL DE BIOÉTICA
FILOSOFÍA Y SALUD MENTAL

COMUNICACIONES

25 y 26 de noviembre de 2014

Edición a cargo de
Begoña Román, Andrea Palaudarias y Josep Maria Esquirol

Aporia  Grup de recerca
en Filosofia Contemporània,
Ètica i Política

 **Sant Pere Claver** 
INSTITUT DOCENT-RECERCA

Editat:

Aporia  Grup de recerca
en Filosofia Contemporània,
Ètica i Política

www.aporia.cat

 **Sant Pere Claver**®
INSTITUT DOCENT-RECERCA

www.spcdocent.org

Edició a cargo de Begoña Román, Andrea Paludarias y Josep María Esquirol

Fecha de edición: noviembre 2015

ISBN:



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

ÍNDICE

PRÓLOGO

Begoña Román, Andrea Palaudarias y Josep Maria Esquirol	5
---	---

I. LA PERSPECTIVA FILOSÓFICA

Rogeli Armengol SOBRE LAS DEFINICIONES DE SALUD <i>Salud mental y salud corporal</i>	12
Araceli Teixidó LA ÉTICA EN MEDICINA Y LA DECISIÓN DEL PACIENTE	19
Sergi Solé Plans EL ACIERTO CARTESIANO, GARANTÍA ÉTICA EN LA ESQUIZOFRENIA	27
Júlia Martín y Soraya Hernández EXPERIENCIA DEL COL·LABORATORI DE DELIBERACIÓ <i>A propósito de un caso de salud mental y maternidad</i>	33
Mauro Valenciano FILOSOFÍA DEL DEPORTE INFANTIL <i>Sobreprotección y salud mental</i>	45

II. LA PERSPECTIVA ORGANIZATIVA

Raúl Alcázar y Pepita Cabiscol INTRODUCCIÓN DE LA MIRADA ÉTICA EN LOS PLANES INTERDISCIPLINARES DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y TRASTORNOS MENTALES QUE VIVEN EN SERVICIOS RESIDENCIALES	55
Clara Clos REFLEXIONES DESDE LA ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDADES Y DIAGNÓSTICO EN SALUD MENTAL <i>Aportaciones del grupo de reflexión ética de la Fundación Pere Mitjans</i>	61
Marc Martí LA SALUD MENTAL <i>De un modelo rehabilitador a un modelo social</i>	70

Marina Escofet, Mireia Tremoleda y Maialen Martínez	
SALUD MENTAL EN PROFESIONALES SANITARIOS	80
<hr/>	
Margarita Tomás y Daniel Acosta	
EL TRASTORNO MENTAL COMO PATOLOGÍA EN UN MUNDO LABORAL SIN ÉTICA NI ESTÉTICA	87
<hr/>	
Antoni Llorc y Teresa Borràs	
REDUCCIÓN DE DAÑOS Y RIESGOS RELACIONADOS CON EL USO DE DROGAS <i>Pragmatismo y derechos humanos frente a las políticas del prohibicionismo</i>	94
<hr/>	
III. LA PERSPECTIVA ASISTENCIAL	
Pilar Sales, Macarena Cabrera y Germán Diestre	
PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES EN LOS PACIENTES DADOS DE ALTA EN UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA	108
<hr/>	
Sergio Ramos Pozón	
ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA COMPETENCIA DE LOS PACIENTES PARA CREAR, USAR Y REVOCAR UN DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN SALUD MENTAL	121
<hr/>	
Miguel Martínez y Belén Gías	
REFLEXIONES EN TORNO AL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO	133
<hr/>	
Josep Cazorla	
CAMINANDO A DISTINTOS RITMOS <i>El reconocimiento de las capacidades y de la autonomía en la participación de los procesos de las personas con diversidad mental</i>	151
<hr/>	
Beatriz Langa	
DE LO IMAGINARIO A LO REAL <i>Danza Movimiento Terapia y/o la función del cuerpo en psicoterapia</i>	161
<hr/>	
AUTORES	181
<hr/>	

PRÓLOGO

En su quinta edición, el Congreso Internacional de Bioética de la Universidad de Barcelona se propuso estimular una reflexión interdisciplinar sobre la salud mental. Si el anterior encuentro ya se había acercado al ámbito de la salud preguntándose en qué consiste humanizar la asistencia, ahora el afán consistía en reivindicar la articulación entre la filosofía y las disciplinas que suelen ocuparse de la salud mental, para contribuir así a su análisis clínico, social y filosófico.

La colaboración entre distintas disciplinas estuvo presente ya desde la misma gestión del congreso, organizado en esta ocasión por el grupo Aporia con la colaboración del Institut docent-recerca Sant Pere Claver. Aporia es un grupo de investigación especializado en filosofía contemporánea y vinculado a la Facultad de Filosofía de la Universidad de Barcelona, mientras que el Institut Sant Pere Claver es una institución de docencia e investigación perteneciente al Grup Sant Pere Claver, un conjunto de entidades privadas sin ánimo de lucro dedicadas a la atención sociosanitaria y, en especial, a la atención a la salud mental.

Esta interdisciplinariedad organizativa abarcó la totalidad del congreso, cuyo comité científico estuvo constituido por profesionales de la medicina, la psiquiatría, la enfermería, la psicología, el trabajo social y la antropología. También se eligieron conferenciantes asociados a estos ámbitos y, asimismo, se hizo un llamamiento a la presentación de comunicaciones sobre este asunto. El presente libro recoge aquellas

que fueron seleccionadas y que se presentaron durante los días del congreso distribuidas en tres mesas que respondían a tres perspectivas distintas: la perspectiva filosófica, la organizativa y la asistencial.

Para su publicación, hemos decidido mantener esta separación entre diferentes perspectivas; a menudo ha resultado difícil determinar qué perspectiva primaba sobre las otras, sobre todo porque nos encontramos con textos que incorporan un espíritu interdisciplinario. El criterio, atendiéndonos a la noción de *perspectiva*, ha tenido que ver con el lugar desde el que observaban los autores de las comunicaciones (médicos clínicos, directores de servicios sociales, miembros de comités de ética), pero también con el enfoque que adoptaban.

Así, en la primera parte de este libro encontramos aquellas comunicaciones que parten de una perspectiva filosófica y que ponen el énfasis en las consecuencias prácticas de nuestras ideas. El texto que la inaugura es un análisis sobre las definiciones de *salud*: se trata de un ejercicio de clarificación conceptual que podría muy bien orientar a los profesionales sociosanitarios en su quehacer diario. Le sigue una reflexión que, partiendo del tratamiento de la histeria, muestra la relación que se da entre los presupuestos filosóficos de la medicina y la clínica que ésta practica: a distintas concepciones del cuerpo, distintos acercamientos al sujeto. A continuación, encontramos un ensayo de articular los discursos médicos más objetivistas con los más subjetivistas buscando un fundamento común en la modernidad y el pensamiento cartesiano. La siguiente comunicación narra la experiencia de un grupo de reflexión ética interdisciplinar desde el punto de vista de una filósofa y una trabajadora social: cómo la deliberación y el discernimiento conjuntos pueden ayudar a tomar decisiones que implican dilemas éticos. Para cerrar esta sección de perspectiva filosófica, elegimos una comunicación que indaga sobre cómo los presupuestos educativos que subyacen al deporte infantil actual podrían cercenar el desarrollo de la autonomía del niño.

La segunda sección es la de la perspectiva organizativa. Se abre con dos comunicaciones que describen la creación y funcionamiento de un grupo de reflexión ética en instituciones de servicios sociales: por qué surge su necesidad,

cómo se instaura, de qué manera puede cambiar no sólo el abordaje puntual de los casos, sino también la propia organización y sus directrices. Pasando a una perspectiva más macro, las siguientes comunicaciones reflexionan sobre cómo los modelos institucionales, con su elevada carga ideológica, pueden afectar positiva y negativamente a la práctica. La primera, describe el paso del modelo de salud rehabilitador al incipiente modelo social, y las consecuencias de este cambio de paradigma en las profesiones del cuidado. Nos encontramos a continuación con la crítica del modelo excesivamente jerárquico que rige a menudo las relaciones profesionales en el ámbito sociosanitario: estas relaciones laborales pueden perjudicar la salud de los profesionales y conducirles, además, a una mala praxis. Finalmente, podemos leer una comunicación sobre la política en cuestión de drogas que defiende el paso de un modelo prohibicionista a otro de usos y riesgos.

La sección dedicada a la perspectiva asistencial da fin a este libro. La componen, en primer lugar, tres comunicaciones que reflexionan, respectivamente, sobre la Planificación Anticipada de Decisiones, el Documento de Voluntades Anticipadas y el Tratamiento Ambulatorio Involuntario. Se trata de herramientas y protocolos estandarizados que ayudan a hacer frente a determinadas situaciones de la práctica asistencial donde está en juego la autonomía del paciente; aquí se reflexiona sobre su eficacia, límites, polémicas y presupuestos. Acto seguido, encontramos una reflexión sobre la participación de los pacientes discapacitados en sus propios procesos de salud y sobre cómo estimularla. Finalmente, cierra el libro una invitación a la apertura institucional a prácticas que todavía no están instauradas en la atención sociosanitaria y que podrían aportar nuevos y ricos enfoques: en este caso, se trata de la Danza Movimiento Terapia.

Con el IV y V Congreso Internacional de Bioética, el grupo de investigación Aporia continúa con la tradición inaugurada por la Dra. Margarita Boladeras, quien coordinó sus primeras cuatro ediciones, y a su vez inaugura un nuevo período en el que la salud mental será el eje de la reflexión. En su **próxima edición** avanzará en este camino, incluyendo la voz de los afectados y poniendo el énfasis en cuestiones

clave como el poder, la autonomía personal, la comunidad, el diagnóstico, y peculiaridades de la salud mental infanto-juvenil.

Finalmente, quisiéramos recordar que la dinámica de los congresos se inscribe en un proyecto más ambicioso consistente en impulsar un espacio interdisciplinar de reflexión profunda sobre la condición humana que pueda beneficiar tanto a la investigación como a los distintos aspectos relacionados con la práctica.

Los editores

I. LA PERSPECTIVA FILOSÓFICA

SOBRE LAS DEFINICIONES DE SALUD¹ Salud mental y salud corporal

Rogeli Armengol Millans

Resumen

El autor lleva a cabo una crítica de algunas de las definiciones actuales de *salud*, que han tendido a identificar la salud con el bienestar y la felicidad, y la enfermedad con el malestar y la infelicidad. Señala el componente ideológico de estas definiciones y muestra, con ejemplos concretos del ámbito de la salud mental y de la salud corporal, a qué errores o excesos pueden conducirnos. Propone mantener separado el ámbito de la salud y la enfermedad del ámbito del bienestar y el malestar, e invita a volver a una definición de salud que se limite a la ausencia de enfermedades y trastornos clasificados.

Palabras clave: definición, salud, enfermedad, trastorno, ideología.

Siempre se ha pensado que la salud se relaciona con la ausencia de enfermedades o trastornos. Así lo explica la definición que se encuentra en los diccionarios. En el *Gran diccionari de la llengua catalana* se dice: «Estado en el que el organismo, libre de enfermedades, ejerce todas sus funciones». En el *Diccionario de la lengua española* de la RAE encontramos: «Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones». Parecería que la definición catalana es más completa, pero, en cualquier caso, en ambas está implícita la idea relacionada con la palabra latina *salus*, que remite a *salvus*: entero, intacto y también –podría decirse– en buen estado de salud.

En el año 1946 se produjo un cambio importante en la definición de la salud. La Conferencia Internacional de la Salud, en Nueva York, definió la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de

¹ Discurso de ingreso en la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya Barcelona el 27 de enero de 2009, publicado originalmente en *Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya*, 2009, vol. 24, núm. 3. Traducido del catalán por el autor.

afecciones o enfermedades». Desde entonces, la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó esta definición.

En Cataluña, en el X Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana celebrado en Perpiñán en 1976, se discutió la definición de salud y se aprobó que «la salud es aquella manera de vivir autónoma, solidaria y gozosa». Como se ve, se corrigió en parte la definición de la OMS y desapareció la alusión a la enfermedad.

La conocida publicación de 1996 del The Hastings Center de Nueva York, *Los fines de la medicina*, también introduce la idea de bienestar y define la salud como «la experiencia de bienestar y la integridad del cuerpo y la mente».

Recientemente, en el XVIII Congreso de Médicos y Biólogos de Lengua Catalana celebrado en Girona en octubre de 2008, se mantuvo la definición de Perpiñán. Sin embargo, se reconoce que esta es una definición ideológica y se afirma que toda posible definición de la salud no puede evitar tener un componente ideológico.

Puede que sea así. Pero asimismo cabe recordar que la medicina, desde el Renacimiento, ha procurado deshacerse de la ideología al estudiar y definir sus observaciones y experiencias, hasta el punto de que en la actualidad solo admite aquello que es susceptible de prueba. Siguiendo esta gloriosa estela, sería mejor prescindir de la ideología siempre que se pueda. Y podemos esforzarnos en disminuir la vertiente ideológica y amoldarnos a las concepciones de la ciencia. Ciencia e ideología están relacionadas, como tantas cosas, pero no se puede negar que se refieren a situaciones y conocimientos diferentes. Al introducir ideología introducimos complejidad y, frecuentemente, dicha complejidad, que podríamos evitar, nos hace más difícil definir las cosas y entendernos. Así, relacionar con la salud una virtud altamente recomendable como la solidaridad podría llegar a ser un exceso o un error, ya que se entremezclan dos niveles de la realidad, el de la moralidad y el de la patología, que en las circunstancias habituales es mejor mantener separados.

Al confundir salud y vida buena, las anteriores definiciones de salud han complicado innecesariamente aquello que podía seguir siendo sencillo, aunque es obvio que se trata de situaciones más o menos interrelacionadas. En algunos casos hay correspondencia entre ellas, pero no siempre es así. ¿Por qué decir que la salud es «un estado de completo bienestar» (OMS, 1948)?, ¿por qué igualar o identificar aquello que todos entendían cuando estaba separado? Antes era posible afirmar que uno puede ser sumamente infeliz y desgraciado gozando de plena salud o, por el contrario, que teniendo poca salud uno puede ser o sentirse razonablemente feliz.

Todos conocemos personas enfermas, discapacitadas o con menoscabos corporales importantes que son o se sienten felices. El caso de una persona parapléjica que se siente feliz sería un ejemplo entre muchos otros que se podrían exponer. Hay enfermedades graves que no destruyen la buena vida de algunas personas, pero nadie diría que el que padece una enfermedad grave está sano porque se mantenga autónomo con gozo o alegría y sea solidario.

Hay personas que, por lo que sea, tienen una *mala vida*², frecuentemente porque estropean aquello que podría ir bien; otras tienen una vida manifiestamente insatisfactoria porque son desafortunadas. Pero no parecería acertado considerar que estas personas no tienen salud. En estos casos decimos que tales personas son desgraciadas, y reservamos la concepción de *no saludable* para la vida que pone en riesgo el buen funcionamiento del cuerpo y de la mente. Así, decimos que el vicioso o el que yerra no trata bien a su cuerpo cuando fuma en exceso o come demasiado.

Si adoptáramos la definición de Perpiñán podríamos llegar a decir que un paciente canceroso avanzado que todavía es autónomo tiene salud en el caso de que sea solidario y viva de manera gozosa y alegre. Pero entonces se hace evidente que esta definición presenta graves dificultades.

Si seguimos con el supuesto del enfermo canceroso, la definición de la OMS nos libra de las anteriores dificultades, pero de esta definición también surgen problemas. Por ejemplo, no cabe duda de que el hambre que asola grandes regiones

² En este contexto se entiende *mala vida* como lo opuesto a *vida buena* o *buena vida*, esto es, una vida saludable.

de África origina mucho padecimiento y muerte a las personas, pero es desmesurado pensar que a estos humanos les falta salud por no poder gozar de un *completo bienestar*. Lo mismo podría decirse del malestar o el padecimiento de las personas que viven sometidas a los regímenes totalitarios de cualquier signo ideológico, donde es habitual el encarcelamiento de los disidentes –como en Cuba–, la tortura o la arbitrariedad judicial. El malestar, en estos casos, no tiene un remedio médico o sanitario, sino político. Es posible suponer que algún día se erradicará la muerte por hambre o desnutrición de millones de criaturas, pero esto dependerá de la buena aplicación de buenos programas políticos.

Cuando hablamos de salud nos referimos, claro está, a la salud corporal, pero también a la denominada salud mental –aunque las enfermedades mentales deberíamos considerarlas enfermedades cerebrales. Al referirnos a la salud mental, si adoptamos una definición amplia –que quizás podríamos llamar ideológica– nos encontramos inmersos igualmente en una gran complejidad.

Si adoptamos la definición de la OMS, la de Perpiñán o la del Hastings Center, podemos vernos obligados a entender que una persona sin ningún síntoma o trastorno corporal o mental, pero que no es feliz, tiene un problema de salud. Esto parece absurdo, de ahí la gran importancia de ser precisos y realistas al elaborar y establecer las definiciones de las cosas. Una definición de carácter ideológico nos conmina a pensar que el infeliz o el desgraciado es una especie de enfermo. Parecería más oportuno y adecuado discernir y separar ambas situaciones y reservar el término *salud* para aludir a la ausencia de enfermedades bien clasificadas.

No tendrá una buena salud quien padezca una depresión leve o una fobia simple, aunque su trastorno no sea invalidante o no le impida realizar su quehacer habitual. Más aún, se puede padecer un leve trastorno obsesivo compulsivo o una agorafobia poco grave y ser feliz, pero en este caso no se debe considerar que el que es feliz no tiene un problema de salud: lo tiene aunque pueda vivir bien o bastante bien.

En los ambientes psicoanalíticos siempre se ha relacionado la salud mental con el bienestar, y los problemas mentales con el malestar. Pero, de acuerdo a lo antedicho, esta ecuación no siempre se cumple. Freud y los psicoanalistas tradicionales o clásicos se han excedido en el uso de esta simple ecuación o igualación entre trastorno neurótico y mala vida, y entre bienestar y ausencia de neurosis.

Es mejor separar estas dos situaciones, salud y bienestar, que si bien pueden andar juntas no siempre lo hacen. Es posible padecer un leve y poco invalidante trastorno corporal y sentirse bien. Es lo que les suele ocurrir a las personas mayores y a los ancianos que padecen los menoscabos e inconvenientes de la senectud pero que, a pesar de ello, pueden seguir gozando de la vida en muchos casos. De la complejidad de estas situaciones y de las incongruencias y paradojas con las que nos podemos encontrar se deriva que actualmente se tienda a hablar menos de enfermedad y, cada vez más, de trastorno.

Es obvio para todos que una diabetes juvenil insulino dependiente es una enfermedad, pero ¿qué decir de una benigna diabetes tipo II? La diabetes de las personas mayores que puede controlarse mediante una alimentación moderada y adecuada, ¿es una enfermedad? Parece evidente que sí, pero en ambos casos sería mejor hablar de un trastorno del metabolismo con independencia de que este pueda ser más o menos grave.

Resulta desafortunado identificar salud y bienestar porque, si seguimos con el ejemplo de la diabetes, un paciente insulino dependiente puede ser manifiestamente feliz y otro sentirse sumamente desgraciado. Hay diabéticos tipo I que tienen o han tenido una vida larga y feliz; por el contrario, hay diabéticos tipo II muy bien regulados que son desdichados. En este último caso tampoco parece adecuado pensar que estas personas no gozan de salud mental, ya que, al decirlo de este modo, recaeríamos en las imprecisiones y paradojas comentadas con anterioridad.

Tal vez la mejor solución consistiría en hablar de trastornos, tanto corporales como mentales, y reservar la noción de bienestar o gozo a lo que propiamente

significa la felicidad o bienestar: somos afortunados y felices cuando nos sentimos bien, cuando gozamos de bienestar. Tener una vida buena es –a mi entender– no padecer demasiado. Y se puede tener una vida satisfactoria si una enfermedad o trastorno no es manifiestamente invalidante o manifiestamente doloroso, pero no se puede decir que el que tiene bienestar tiene salud. Por otra parte, hablar de trastornos tiene la ventaja de que no denomina como enfermedad lo que no lo es claramente o aquello que todavía no lo es. Quien tiene niveles altos de colesterol evidentemente no es un enfermo, pero es igualmente evidente que lo acabará siendo y, en muchas ocasiones, de forma grave.

En el estudio de la patología se pueden citar un gran número de situaciones en las que no es adecuado hablar de enfermedades. Por ejemplo, las personas con divertículos intestinales, en la mayoría de ocasiones sin consecuencias, se considera que tienen una variante anatómica que en algunas circunstancias, pero no siempre, ocasionará patología. Igual puede ocurrir con algunos aneurismas arteriales poco relevantes. Como es obvio, las variantes anatómicas no siempre podrán ser consideradas como alteraciones. Las entenderemos así cuando puedan originar patología, como sería el caso de los pólipos que pueden producir un cáncer colorrectal, de los divertículos o de un aneurisma arterial importante.

La vida puede ser buena o mala por diferentes motivos, pero estos motivos no deben confundirse como si todo tuviera el mismo origen. Se puede ser feliz estando enfermo y es muy frecuente que se sea infeliz sin padecer ninguna enfermedad o trastorno. Esto dependerá de cada situación, de la mentalidad de las personas y del grado de patología.

Sería recomendable que nos acostumbráramos a hablar de trastorno corporal y mental y a examinar, en cada caso, si éstos provocan, y en qué grado, malestar, menoscabo o desgracia. Pero no parece adecuado ni recomendable hablar de salud mental o corporal cuando nos sentimos bien por tener una vida autónoma, gozosa y solidaria. Tampoco sería recomendable hablar de pérdida de salud mental cuando no nos sentimos felices, no somos solidarios o no gozamos de un «estado de completo bienestar».

Tener salud significa no estar afectado de trastornos o enfermedades bien clasificadas; otra cosa será, en muchos casos, tener una vida buena y gozar de un completo o incompleto bienestar.

Por una parte tenemos la salud y la enfermedad y, por otra parte, tenemos el ejercicio de la mejor medicina, del que se podría decir: el buen médico ha de procurar la salud y a la vez, si de él depende, el bienestar de su paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- GOL, Jordi. «Proposta de definició de salut somàtica», en *Funció social de la medicina. Xè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana*. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears - Societat Catalana de Biologia, 1976.
- Enciclopèdia Catalana. *Gran diccionari de la Llengua Catalana*. Barcelona: Enciclopèdia Catalana, 1998.
- Hastings Center. «Los fines de la medicina», en *Quaderns de la Fundació Víctor Grífols i Lucas*. 2004, núm. 11.
- Organización Mundial de la Salud. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* [en línea]. 1948 [consulta: 15 de septiembre de 2014]. Disponible en: <<http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>>.
- Real Academia Española. *Diccionario de la lengua española*. Madrid: Espasa Libros, 2014.

LA ÉTICA EN MEDICINA Y LA DECISIÓN DEL PACIENTE

Araceli Teixidó

*El pensamiento médico está comprometido por
derecho propio en el estatuto filosófico del hombre.*

Michel Foucault

Resumen

En el ejercicio actual de la medicina, se suele concebir la filosofía como una disciplina exterior que no compete esencialmente a la ciencia del médico. Se considera que la medicina científica es independiente del estatuto filosófico del hombre. A través del tratamiento de una enfermedad psíquica, la histeria, podremos observar que, a cada concepción médica, subyace una concepción de lo que es el hombre y la ética. Dos compañeros de clase, Babinski y Freud, dieron lugar a dos maneras de entender el cuerpo. La del primero ha impregnado la práctica de la medicina actual, en la que el cuerpo se entiende como una máquina. La del segundo ha dado lugar al psicoanálisis, en el que el cuerpo se concibe en su íntima relación con el lenguaje.

Palabras clave: ética, medicina, filosofía, histeria, cuerpo, decisión, psicoanálisis.

Este artículo parte de una investigación de doctorado en curso en la Facultad de Filosofía de la Universidad Autónoma de Barcelona, relacionada con el principialismo –especialmente con el paternalismo y el principio de autonomía– y los problemas actuales de la relación médico/paciente. Soy psicóloga clínica, psicoanalista de orientación lacaniana y trabajo en un hospital junto con algunos equipos interdisciplinarios. Creo que el psicoanálisis y la bioética tienen muchas preguntas comunes que conviene trabajar juntos.

En el ejercicio actual de la medicina se concibe la filosofía como una disciplina exterior que no compete esencialmente a la ciencia del médico. Se considera que la medicina científica es independiente del estatuto filosófico del

hombre. La filosofía, en todo caso, es auxiliar de la ciencia y sus definiciones le son exteriores.

La ética en medicina se inició como una reflexión acerca de la posibilidad de limitar el poder de decisión de los médicos, primero en la investigación y después en la práctica clínica. Se percibió que el poder del médico, que le viene dado por su superioridad de conocimientos, fácilmente desemboca en un abuso. Partiendo de esta constatación, la ética en medicina ha evolucionado y actualmente acompaña a los médicos en su difícil proceso de decisión, que debe contar con la participación de cada paciente.

Contar con la decisión del paciente fue un avance: ya no podían ser víctimas de investigaciones siniestras y también acababa su minoría de edad. Ahora los médicos no pueden decidir sin el consentimiento del paciente. Sin embargo, ¿de qué modo se considera esta decisión?

La decisión del profesional debe seguir un proceso de análisis y deliberación, a veces con el soporte de un equipo de expertos en la reflexión. Por el contrario, la decisión del paciente se considera un dato. Frente a él, el médico deberá tomar posición y, o bien aceptar la decisión del paciente, o bien intentar persuadirle de una solución mejor.

¿Pero es fácil decidir para un paciente? ¿Es suficiente con que esté bien informado sobre las alternativas terapéuticas, sus posibilidades y límites? ¿Se trata de una decisión como la que se toma frente a un nuevo modelo de *smartphone*?

¿De qué se trata cuando decide el paciente? ¿Corresponde al médico acompañar al paciente en esa decisión?

1. El valor de la palabra en el acto médico

Todas estas preguntas conciernen al valor de la palabra en el acto médico y, por tanto, a la relación que se supone entre la palabra y el cuerpo ¿Hablar con el paciente es una cuestión de educación? ¿De humanidad? ¿Un cuestión de *marketing*?

¿Se trata de saber convencer al paciente de la mejor decisión? O ¿es que la palabra concierne al cuerpo?

En la práctica, nadie duda del enorme poder que la palabra del médico tiene en el paciente. Lo que el médico diga condicionará la experiencia del paciente y, probablemente, su decisión. Todos habrán escuchado de algún paciente la pregunta *¿y usted... qué haría?* La respuesta puede ser determinante.

Pero, por otra parte, también hay acuerdo en que la palabra del médico, lo que él opine, su valoración personal, no debe influir en la decisión del paciente.

Se trata de una frontera delicada.

Para pensar en ello, he tomado uno de los temas de estudio de los neurólogos del siglo XIX en París, en la cátedra del Dr. Charcot: cómo manejar la influencia del médico. Este problema se estudió a partir de una patología que ha preocupado al médico desde los albores de la medicina: la histeria.

2. La histeria como modo de aproximación a la relación palabra/cuerpo

Dos alumnos del Dr. Charcot, Babinski y Freud, realizaron estudios muy distintos acerca de la histeria. Estos dieron lugar a dos maneras de entender la relación de la palabra con el cuerpo. La medicina actual trabaja con el concepto de cuerpo pensado por Babinski, mientras que el psicoanálisis trabaja con el concepto de cuerpo manejado por Freud.

De cada relación propuesta podremos –en los límites del espacio que tenemos para esta comunicación– deducir una ética distinta y, por tanto, una aproximación distinta al proceso de decisión del paciente.

Que el médico influye en el paciente no ha supuesto nunca duda alguna, pero ¿cómo debe el médico utilizar esa influencia?

En la histeria, la enfermedad en el cuerpo no se aviene a los trazados de la anatomía científica, sino que se trata de la capacidad que tiene el cuerpo de la histeria de imitar a otras enfermedades humanas. Esta observación centraría el

ámbito de la enfermedad histérica que estudiarían los neurólogos del siglo XIX, y que Freud acotó con el concepto de *identificación*. La histérica es una enferma por identificación, enferma como otros. Igualmente se percibió que la actitud y preguntas del médico podían influir en el génesis de estos desórdenes.

También la curación pasaba por la sugestión: así sucedía con la hipnosis. Durante los períodos de hipnosis, los síntomas de las histéricas desaparecían.

3. La histeria según Babinski y la histeria según Freud

Veamos someramente en qué consistió el estudio de cada uno de estos médicos.

Babinski abordó la histeria desde un punto de vista objetivo y descriptivo: como una enfermedad que se puede reproducir por sugestión y que se cura por persuasión. No hacía hablar a sus pacientes, pues le parecía que los relatos confundían la exploración.

Este neurólogo estudiaba a los enfermos de guerra con la misión de descubrir entre ellos a los simuladores, aquellos que no deseaban volver al campo de batalla y que, con ese objetivo, engañaban a los médicos que los atendían. Entre los enfermos había auténticos simuladores, pero también estaban los histéricos. Estos no tenían ninguna intención de engañar, pero el miedo les llevaba a engañarse a sí mismos y a enfermar *falsamente*, podríamos decir.

Uno de los ejemplos más sorprendentes de tratamiento de la histeria en esta teoría procede de uno de los médicos que trabajaba para Babinski. Este doctor trató a unos soldados que padecían aparatosos síntomas neurológicos tras haber sufrido un naufragio. Convencido de que no se trataba más que de histeria, les aplicó castigos corporales: les azotó con un látigo. El tratamiento funcionó, si entendemos por funcionar el hecho de que los síntomas desaparecieran.

No era el método habitual, pero era admisible. Babinski prefería la persuasión. Había que facilitar al enfermo una percepción más adecuada a la realidad y convencerlo de la irrealidad de su patología.

Janet –otro neurólogo de la época– observó con ingenio que si el paciente seguía siendo sugestionable, es que, en realidad, no estaba curado.

Estos enfoques, orientados por un determinado ideal de funcionamiento, obtuvieron una terapéutica, pero debo señalar que se perdieron lo más interesante de la histeria: el hecho de que, más allá de la conducta, hay un deseo.

Para Freud, la histeria es causada por el desvío al cuerpo de una excitación psíquica no descargada. Según se deduce de sus estudios, la histeria es producto de la relación entre cuerpo y lenguaje. En un momento de vacilación personal, de profunda incertidumbre, de encuentros difíciles, la histérica se apodera de la identificación de otro a fin de poder responder a algo para lo que no tiene respuesta propia.

Para su investigación, Freud escuchaba a histéricas, mujeres que enfermaban y cuyo relato al médico daba cuenta de conflictos inconscientes no resueltos que, al devenir conscientes –para su sorpresa– producían la sanación. El médico no intentaba influir en un sentido u otro, sino que las escuchaba y animaba a continuar hablando.

En los *Estudios sobre la histeria* (Breuer y Freud, 1993), pueden leer el caso de Elisabeth Von R. Esta mujer enfermó tras cuidar de su madre hasta la muerte, después de morir su hermana de parto y mientras cuidaba a su padre muy enfermo. Fue en ese momento cuando ella contrajo una parálisis que le impidió caminar. Su relato se parece mucho a los de las abnegadas cuidadoras que conocemos en los hospitales. La cuestión a destacar es que Freud no se conformó con la hipótesis, lineal y vaga, de que el origen de la parálisis podía hallarse en la sobrecarga y las renunciaciones por los cuidados a otros. Con su investigación, Freud intentaba establecer la lógica del enfermar. Paralelamente a los cuidados prodigados a los enfermos, la cuidadora narraba los circuitos del amor, que la condujeron hasta un pensamiento fuertemente reprimido por el dolor moral que le causaba: *ahora que ha muerto mi hermana mi cuñado queda libre, me puedo casar con él*. Hacer consciente este pensamiento marcó el inicio de su curación.

En la enfermedad conversiva, se revela un nudo entre palabra y cuerpo. Y es el propio paciente el que, con ayuda del médico interlocutor, podrá dar cuenta de las vueltas de ese nudo y, finalmente, aflojarlo.

4. Conclusiones

La histeria de Babinski es la de un cuerpo obediente al lenguaje de manera lineal. Palabra y cuerpo se relacionan por sugestión y el médico debe utilizar esa relación para influir en él. La superioridad de conocimientos implica una superioridad moral. El paciente es un individuo con derechos que no hay que interrogar.

Observamos, en relación a esto, que la medicina actual trata al cuerpo como si no estuviera afectado por el sufrimiento, y sobreentiende que el paciente puede razonar: apela a su razón. Se trata de un paciente ideal.

En esta línea, el médico se autoriza a persuadir al paciente a partir de la deliberación que orienta su decisión en un sentido *científico*, podríamos decir. No se muestra el valor subjetivo de las decisiones de cada médico concreto, sino que estas decisiones se comunican al paciente autónomo como el fruto objetivo del consenso al que ha llegado un comité de bioética que las ha valorado razonadamente.

Cabe preguntarse, en este sentido, si el desplazamiento del valor subjetivo del médico al valor científico del comité autoriza a persuadir a un paciente.

La histeria de Freud, por el contrario, es la de un cuerpo atravesado por el lenguaje. La relación entre palabra y cuerpo es enigmática y el médico utilizará la transferencia para que el paciente pueda descubrir lo que le mueve y decidir si lo considera bueno o no, y qué hacer. La decisión del paciente es un proceso que hay que acompañar sin sugestionar. El médico orientado por el psicoanálisis no utiliza la persuasión.

El cuerpo del que trata el psicoanálisis está afectado por el sufrimiento y el paciente no puede razonar fríamente. Se trata de un paciente real. Para acompañar el proceso de decisión, será precisa una *ética del bien decir* (Lacan, 2010). Formalizar

adecuadamente el sufrimiento permitirá al paciente tomar la distancia necesaria para empezar el proceso de decisión.

El paciente no es autónomo: por razón de su sufrimiento y de la sujeción al lenguaje, es dependiente. Otra cosa es que, a nivel de derecho, sea autónomo. El concepto de autonomía nos orienta en relación a los derechos del paciente, pero no nos da indicaciones clínicas.

A la pregunta de cómo manejar la influencia del médico, Babinski respondió que se trataba de orientar mejor al paciente. Freud, en cambio, sugirió que se trataba de que el paciente pudiese reconocer lo que le orienta inconscientemente para, así, poder elegir. Que el médico se sitúe en una posición de control sobre el sufrimiento o que ceda el control al enfermo definirá dos maneras de considerar los límites del saber médico, definirá dos éticas.

Podemos observar que a cada consideración de la histeria le corresponden un concepto de cuerpo, un tratamiento y una ética. Creo que el recorrido de este trabajo permite mostrar que cada teoría y modelo de tratamiento suponen un juicio filosófico interior a la medicina acerca de lo que es el hombre.

BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ, José María *et al.* *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*. Madrid: Síntesis, 2004.
- BABINSKI, Josef, y FROMENT, Jules. *Hystérie-pithiatisme et troubles nerveux d'ordre reflexe*. Paris: Masson et Cie, 1918.
- BERNHEIM, Hippolyte. *De la sugestión y sus aplicaciones a la terapéutica*. Oviedo: José Plaza y Castaños, 1887.
- CASELL, Eric. «¿Qué es la autonomía en los enfermos?», en *La persona como sujeto de la medicina. Quaderns de la Fundació Grífols*. 2009, núm. 19.
- COTTET, Serge. *Freud y el deseo del psicoanalista*. Buenos Aires: Manantial, 1988.
- FOUCAULT, Michel. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México: Siglo XXI, 1985
- FREUD, Sigmund, y BREUER, Josef. «Estudios sobre la histeria» (1895d), en FREUD, Sigmund. *Obras completas*, vol. II. Buenos Aires: Amorrortu, 1993

JANET, Pierre. *L'automatisme psychologique. Essai de psychologie expérimentale sur les formes inférieures de l'activité humaine*. Paris: Félix Alcan, 1973.

MARZANO, Michela. *Consiento, luego existo. Ética de la autonomía*. Cànoves i Samalús: Proteus, 2009.

LACAN, Jacques. «Televisión», en *Otros Escritos*. Buenos Aires: Paidós, 2012.

EL ACIERTO CARTESIANO, GARANTÍA ÉTICA EN LA ESQUIZOFRENIA

Sergi Solé Plans

*Liberados de la tenaza cosmogónica
empuñaron con angustia
esa horma empobrecida,
con una fuerza que otros
llamarían gravedad.*

Aimé Duval

Resumen

La comprensión de la esquizofrenia como fenómeno eminentemente moderno conduce –sino responde– al cuestionamiento del discurso científico objetivante para la intelección de esta dolencia. La ciencia no solo no estaría capacitada para la comprensión del sufrimiento psicótico, sino que lo cosifica y usa. Se halla, así, la psiquiatría actual, polarizada en los discursos reduccionistas de la escisión cartesiana. El naturalismo biológico y la defensa psicoanalítica de la subjetividad se disputan la atención del perplejo sufriente. Defendemos aquí que el discurso científico de la moderna subjetividad posibilita –tal vez como ningún otro– una aproximación ética a la herida esquizofrénica, pues no otro sino él ha incorporado la moral, la libertad, a un sujeto que en la premodernidad se hallaba sometido al cosmos.

Palabras clave: ética, esquizofrenia, Descartes, sujeto, positivismo.

La psiquiatría anda, desde que nació, a la greña. Se empeña la profesión en la lucha cainita entre los observadores de la naturaleza y los analistas del espíritu; entre los partidarios de la psique o sustancia *pensante* y los *somaticistas* de la sustancia *pesante*. Y, entretanto, los clínicos acabamos cansados, muy cansados, de tanto esperpento e inmoralidad, pues la primacía corporativista no hace sino desplazar la atención de nuestro legítimo centro, el dolor del sufriente.

¿Estamos condenados a elegir entre sujeto y objeto, entre hablar y medicar, entre diván y escáner? ¿Es posible atender la doble faz del hombre cartesiano, compaginar el cuidado de ambas vertientes sin perder coherencia? Porque hablar tenemos que hablar, y también escuchar –quién lo duda–, al doliente. Pero medicar también medicamos, y aquí está quien esto escribe recetando psicofármacos por valor de miles de euros al año.

No creemos en condenas y sí en la posibilidad, desde la ética, de concertar ambos discursos. Tomamos ese camino asumiendo dos premisas, ética la primera y clínica la segunda:

- 1) Que dar un lugar al sujeto es preferible a no dárselo o a que lo cope el objeto.
- 2) Que la atención a dicho sujeto se da por probada en las psiquiatrías del espíritu y que la carga de la prueba ética –en este caso la demostración de hospitalidad– recae sobre la ciencia de fundamento cartesiano.

Nuestro análisis parte de la crítica contra el cientificismo esgrimida por Fernando Colina, maestro del saber delirante y, a la sazón, jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid. A nuestro criterio, nadie como él ha captado y transmitido el vivir psicótico. Sus libros *El saber delirante* (2001), *Melancolía y paranoia* (2011) o *Sobre la locura* (2013), sorprenden por la profundidad y viveza del retrato de este dolor del alma, así como por la amplitud de un saber que dialoga con toda la tradición occidental, desde Cicerón hasta López Ibor –que ya es decir.

Sostiene Colina la tesis de que la esquizofrenia solo puede surgir en la Modernidad, cuando el sujeto ya ha entregado –dice siguiendo a Pascal– media cabeza a la ciencia. Denuncia un moderno naturalismo que habría *inventado la enfermedad* y que, lejos de comprender el dolor, se afanaría –siguiendo la distinción de Dilthey– en explicarlo y explotarlo: en darle valor pero también en sacarle partido. De este modo, la ciencia no solo quedaría incapacitada para la comprensión del vivir psicótico e inhabilitada, por lo tanto, para una beneficencia positiva, sino que, además, lo objetualizaría y usaría sacándole provecho. Esta ciencia traficaría con el

vivir psicótico en un ejercicio de manifiesta maleficencia que otros han dado en denunciar como *disease mongering* o promoción de enfermedades. Este cruel retrato de la profesión parece responder a una ciencia desvirtuada, ajena a la esencia de la Modernidad a la que también apunta Colina.

El pensamiento de Descartes estaba abierto a un acercamiento humanista al sufrimiento mental. Sin embargo, la apropiación de la herencia cartesiana por parte de la psicología naturalista y de una neurociencia lastrada por el *error de Damásio*³ ha yugulado esta posibilidad. Desde los elogios de Skinner al *Tratado del hombre* (Descartes, 1990), se ha asociado al filósofo francés con la primacía del hombre-máquina y el olvido de la subjetividad. Sin embargo, hay que recordar que Descartes, que dudaba radicalmente de todo, procedió con ahínco a la radical afirmación de la subjetividad. ¿Qué sucedió para que dicha subjetividad quedara, como apunta Enric Novella (2009), «apartada de este mundo en el mismo momento de su afirmación más inflacionaria»?

¿Por qué aceptamos como hegemónica la versión naturalista del cartesianismo cuando, como señala Guillermo Quintás (1990) en su introducción al tratado cartesiano sobre el hombre, la polémica y las lecturas de Descartes quedaban abiertas? Dice Quintás:

No es lo mismo concebir la posibilidad de construir artificialmente modelos que imitarían con gran perfección la actividad y propiedades del ser vivo, que afirmar la identidad de máquinas y organismos; de igual modo, la teoría del hombre-máquina podía ser utilizada para acentuar la especificidad de la *res cogitans*, la espiritualidad.

El alienismo bien puede entenderse, escribe Novella (2009), «como un proyecto de indagación sistemática en la subjetividad»; y Roy Porter (también en Novella, 2009) señala cómo «el sentido creciente de un *yo* o *personalidad* [...] fue vital

³ António Damásio (1944) es un neurólogo portugués que publicó en 1994 el libro *El error de Descartes: la emoción, la razón y el cerebro humano*. Para defender el papel de las emociones en los procesos de razonamiento arremetía desde el mismo título contra un dualismo reduccionista atribuido a la ciencia de raigambre cartesiana. El error damasiano de la neurociencia resultaría así, más allá de la vacuidad de pretender enmendar una carencia imaginada, en la difusión y remache de esta lectura empobrecida y errónea de los fundamentos del pensamiento moderno. Y abundaría de este modo en la lectura que, ya de grado, hace la psicología naturalista con la que la emparejo en este asunto.

en la emergencia de lo *psiquiátrico*. El yo, el alma de Descartes «por la cual soy lo que soy».

No nos dejemos enmarañar por la torpe escisión entre cuerpo y mente. Nos lo advierte Fernando Lolas (2008) dirigiendo nuestra mirada al pensamiento médico del Renacimiento europeo: «Obsérvese que el “otro” aspecto que la imaginación social reconocía, aparte del cuerpo, no era el de lo que hoy llamaríamos lo psicológico sino el que se deja representar en lo moral. La polaridad no era soma-psi que, era soma-espíritu». Y no era al fin y al cabo a los galenos, sino al poder sacerdotal, a quien «interesaba la distinción a fin de que los médicos-médicos no incursionaran en cosas del alma». Cedido su reino a la religión, en lo terreno no se dio más disección que la anatómica. La ciencia no expulsó a la psi que, muy al contrario, emparejada desde Platón con la visión moral, remedó el proceso de interiorización de esta moral acometido por Agustín, su incorporación. La apuesta de Descartes se limita a participar de esa recuperación de la autonomía del sujeto, del ensalzamiento de su *prohairesis* u opción moral, de «la capacidad humana de dar o retener el consentimiento, o de elegir» a la que ya los estoicos «otorgaron un lugar central». El pensamiento moderno respetará esta noción de autonomía, entendiendo que «el ser humano –como dice Todorov (2008) citando a Rousseau– siempre puede “estar de acuerdo u ofrecer resistencia”»; la psiquiatría la recogerá a través de Maine de Biran (en Novella, 2009) y el «esfuerzo voluntario», que permite «la comprensión moral del hombre como agente libre».

Mas para ello, en efecto, era preciso asumir la perspectiva que Charles Taylor (1989) denomina *desvinculada* –y nosotros *liberada*– del griego vasallaje cosmogónico, en el que la virtud era estar en conformidad, *conforme*, con la naturaleza, sin la posibilidad de discrepar que nos ofrece la palabra. Como se anota en *Elogio de la teoría* de Gadamer (2013), gracias «a la palabra adquirimos la distancia que nos hace libres para escoger el bien, y la libertad para saber». En ese tiempo antiguo en que destaca Colina (2011) «que los griegos no tenían ningún término para lo que nosotros llamamos lenguaje», los seres humanos estaban fundidos con el mundo, identificados con él, rendidos a la «íntima unidad de palabra y cosa».

La moderna emancipación del lenguaje de la que nuestro psiquiatra da testimonio, «su independencia creciente» y la mayor libertad en la búsqueda de sentido, avivarán una responsabilidad que será vértigo ante la constatación de que «la representación no alcanza a revestir la realidad». Cuesta mantenerse en la ingravidez, en la duda, soltar el mundo *real*. *Don't let go, no te sueltes*, se nos conmina en la película *Gravity*, de Alfonso Cuarón. Pero cuando hemos descubierto la distancia que nos separa de la *realidad*, cuando hemos metido el pie en el abismo, caben ya solo dos únicas opciones: la de espantar con premura ese angustioso pensamiento, y la de sostener la mirada. Y esto segundo solo puede darse en dos escenarios: el de la ciencia y el de la atalaya esquizofrénica. Solo desde ellos se puede atisbar el atractivo de la nada. Científico y esquizofrénico se dicen a sí mismos lo que George Clooney a Sandra Bullock en *Gravity*: «Se está bien aquí. Basta con suspender todos los sistemas, apagar las luces, cerrar los ojos y desconectar de todo el mundo. Aquí nadie puede herirte. Es seguro. ¿Para qué continuar? ¿Qué sentido tiene vivir?». Mas casi nadie puede permanecer demasiado tiempo en ese dilema, y una neurotizada doctora Stone –doctora *Piedra*– debe ceder a la gravedad y terminar su cuenta: «Cinco. Cuatro. Tres. Basta ya de conducir sin rumbo. Vamos a casa». Y es en ese camino de regreso a la mundana realidad donde, si nos hemos alejado en demasía, si hemos tardado en decidirnos y nos quedan pocas fuerzas, corremos el riesgo de aferrarnos al primer significativo, de ceder a un uso artificial del lenguaje solo válido para orbitar en el dogma y el delirio. Del científico y esquizofrénico, cuando excedidos por la duda se precipitan sin resistencia en el vacío –al que han tenido el coraje de asomarse, o al que se han visto irremediabilmente empujados–, decimos que se ponen positivos. Entonces el paracaídas del verbo no se abre, solo pesa. Pasan de recelar de todo a creer sin mella. Domina el afán de certeza, la confusión del mundo con la idea, el artificio.

Sea en la cápsula de *Gravity* o, ya antes, en el tonel del griego Diógenes, el espacio interior en el que nos debatimos entre la inmensidad y el recogimiento, en el que reconocemos nuestra flaqueza frente a un mundo inaprehensible, no fue en absoluto inaugurado por la Modernidad. Gadamer (2013) nos recuerda cómo «la luz

de la lámpara de lo privado en la vida empezase a brillar en la Antigüedad»; ve el de Marburgo, en el estoico «retirarse de la vida pública», un temprano gesto de autoobservación y reconocimiento de la duda.

Así pues, concluyo, la Modernidad no enfermará al sujeto, sino que posibilitará el discurso de una división, no psicósomática sino moral, que de antiguo viene sufriendo medio mutis. La explicitará y le dará nombre, pues, en efecto, no fue otra sino la ciencia quien, como reconocen sus mismos detractores, le dio voz. Y no solo la voz alucinatoria como síntoma de primer orden. La esquizofrenia ya estaba ahí, angustia del hombre ante la libertad de elección y conocimiento. Pero nadie osaba meter el dedo en esa úlcera del saber hasta que Descartes, maestro de llagas, hurgó en la brecha –por temor, cerrada– que podía hacernos *pesada... mente... libres*.

BIBLIOGRAFÍA

- NOVELLA, Enric. «De la historia de la psiquiatría a la historia de la subjetividad», en *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*. 2009, vol. 61, núm. 2.
- COLINA, Fernando. *Sobre la locura*. Valladolid: Cuatro, 2013.
- *Melancolía y paranoia*. Madrid: Síntesis, 2011.
 - *El saber delirante*. Madrid: Síntesis, 2001.
- DAMASIO, Antonio. *El error de Descartes: la emoción, la razón y el cerebro humano*. Santiago de Chile: Andrés Bello, 1994.
- DESCARTES, René. *El tratado del hombre*. Madrid: Alianza, 1990.
- GADAMER, Hans-Georg. *Elogio de la teoría*. Barcelona: RBA, 2013.
- QUINTÁS, Guillermo. «Introducción», en DESCARTES, René, *El tratado del hombre*. Madrid: Alianza, 1990.
- LOLAS, Fernando. «Salud mental y psiquiatría: Pluralidad y heterogeneidad», en *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. 2008, vol. 46, núm. 2.
- TAYLOR, Charles, *Sources of the self. The making of the modern identity*. Cambridge: Harvard University Press, 1989.
- TODOROV, Tzevan. *El espíritu de la Ilustración*. Barcelona: Galaxia Gutenberg/Círculo de lectores, 2008.

EXPERIENCIA DEL COL·LABORATORI DE DELIBERACIÓ A propósito de un caso de salud mental y maternidad

Júlia Martín y Soraya Hernández

Resumen

El objetivo de este artículo es dar a conocer el trabajo del Col·laboratori de Deliberació (CdD) a partir de la descripción de su procedimiento de deliberación, ejemplificado en un caso de salud mental en el que se presenta un conflicto moral. Con este fin, en una primera parte se describe qué es el CdD, cuáles son sus objetivos y su organización, y de qué modo se evalúa su actividad. En una segunda parte se describe el caso de Elena, en el que se presenta un dilema ético en salud mental, y se muestra el procedimiento de deliberación que se llevó a cabo desde el CdD para ayudar a su resolución. Finalmente, en la última parte, se comparten algunas reflexiones finales que suscitó el caso, así como los resultados de la evaluación de la experiencia del CdD y las aspiraciones futuras que de ellos se derivan.

Palabras clave: deliberación, dilemas, ética, experiencia, grupo de reflexión.

1. Descripción y objetivos del CdD

El CdD es un grupo de reflexión que aspira a ser un comité de ética, y cuya tarea consiste en deliberar acerca de dilemas éticos acaecidos en todos los ámbitos de la sociedad. Es una iniciativa que surge a principios de 2013, a raíz de la asignatura Comités Éticos del máster de Ciudadanía y Derechos Humanos: Ética y Política (especialidad de Bioética y Éticas Aplicadas) de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Barcelona.

El CdD está configurado por profesionales de diferentes ámbitos (medicina, educación social, filosofía, trabajo social, derecho) y cuenta con la asesoría de

Màrius Morlans, médico especialista y uno de los pioneros de la bioética en nuestro país. Los objetivos son:

- 1) Contribuir a la disseminación de los principios y métodos de la bioética, así como a la extensión del procedimiento deliberativo a todas las áreas profesionales. Y hacerlo mediante su doble vocación de servicio y de formación.
- 2) Desde su vocación de servicio, configurarse como una herramienta de soporte profesional para quien se encuentre ante dilemas y conflictos éticos en su quehacer y se pueda beneficiar de sus recomendaciones.
- 3) Desde su vocación de formación, configurarse como una herramienta pedagógica para los estudiantes, de modo que puedan poner en práctica la teoría aprendida, potenciando el proceso deliberativo entre ellos, así como el desarrollo de las capacidades personales necesarias para llevarlo a cabo (escucha activa, razonamiento razonable, empatía, autocrítica y contención emotiva).
- 4) En definitiva, crear una red interdisciplinar de profesionales para el desarrollo de la deliberación ética en la comunidad académica y científica.

2. Organización, metodología y evaluación

La actividad del CdD se organiza en sesiones mensuales de 2 horas de duración que se llevan a cabo en el Seminario de Filosofía Teórica y Práctica de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Barcelona. En cada sesión un ponente presenta un caso, que es dado a conocer con anticipación a los miembros del grupo para que estos lo puedan preparar. Con posterioridad a cada sesión, se traslada una transcripción de la deliberación a la página web del CdD⁴. Además, el CdD cuenta con un blog⁵ y con presencia en Facebook y Twitter, en su interés de llegar a los mundos académico y profesional.

⁴ Ver: www.colaboratori.org.

⁵ Ver: www.deliberacioub.blogspot.com.

La metodología de las sesiones tiene la misma estructura que el proceso deliberativo de un comité de ética asistencial. En primer lugar, se deben aclarar los hechos. Para ello se abre un turno de preguntas al ponente con el fin de entender su ámbito profesional, las especificidades del caso, las dudas relacionadas con la terminología, etc. En un segundo paso, hay que identificar cuál es el dilema, quién lo tiene y quiénes están afectados por él además del que lo tiene. Seguidamente es preciso identificar los deberes, derechos, valores y principios en juego. En definitiva, se trata de identificar la voluntad y los motivos de la persona sobre quién recae la decisión, y los deberes y derechos de los profesionales implicados. Entonces empieza la deliberación, que se basa en detectar los principios bioéticos en conflicto y establecer un orden de priorización entre ellos. El objetivo de la deliberación es llegar a un consenso sobre el mejor curso de acción a seguir para poder dar una recomendación al profesional que consulta. En caso de que no haya consenso, la recomendación debe reflejar las posiciones minoritarias para que todos los participantes en la deliberación se sientan cómodos con la recomendación final. Como en los comités de ética asistencial, nuestras recomendaciones no son vinculantes, de modo que los profesionales que consultan pueden acogerse a ellas o no.

Más allá de las sesiones, pareció pertinente establecer un proceso de evaluación de la experiencia del CdD para asegurar que cumpliera sus objetivos. Este proceso consiste en dos cuestionarios. El primero es el *Cuestionario de evaluación para los ponentes*, en el que se pide a los ponentes que evalúen la sesión en la que participaron en base a la utilidad que tuviera tanto para la resolución del caso en cuestión como para su ámbito profesional en general. El otro cuestionario es el *Cuestionario de autoevaluación para los miembros*, a través del cual los miembros del CdD evalúan la utilidad que este tiene para el desarrollo de las capacidades personales necesarias para deliberar o, en otras palabras, para la gestión adecuada de los principios, valores y argumentos propios y ajenos.

3. El caso: esquizofrenia y embarazo

3.1. *Los hechos*⁶

Elena es una mujer africana que llegó a Cataluña con 11 años. Ahora tiene 36 y desde hace 4 está en una residencia psiquiátrica por padecer esquizofrenia paranoide. Tiene una pareja más o menos estable fuera de la residencia, pero también mantiene relaciones esporádicas con otra gente también externa al centro a cambio de pequeños favores. Dichas conductas sexuales son de riesgo, puesto que en ningún caso usa anticonceptivos. Además de la enfermedad mental, está diagnosticada de VIH (lo que su pareja inicialmente desconoce), de isquemia (falta de riego sanguíneo en las piernas), tiene obesidad (lo cual imposibilita su esterilización tanto por vía laparoscópica como por vía quirúrgica), y es consumidora habitual de tabaco, cannabis y otras sustancias estimulantes como la Coca Cola.

Respecto a los antecedentes familiares relevantes para la comprensión del caso, sabemos que la madre de Elena falleció siendo ella pequeña. En un primer momento vivió con su padre, que llegó a tener 7 mujeres, pero al cabo de un tiempo este la mandó a vivir con su abuela materna, de quien Elena dice que la maltrató. Cuando se independizó se fue a vivir con una amiga. Tuvo distintas parejas y pasó un tiempo en la cárcel debido a un altercado con la policía. Por otro lado, tuvo dos abortos, uno espontáneo y otro por orden judicial, que le produjeron un fuerte impacto emocional.

En el momento en que se nos presenta el caso, Elena está estable de sus problemas de salud y el centro administra su dinero para controlar el consumo de cannabis. Ha recibido la visita de su hermana y está activa: asiste al taller de Cocina de Supervivencia y participa en el Club Social. Pero su mayor interés es otro. Manifiesta con fervor su deseo de ser madre y de cuidar de su bebé. Por este motivo no quiere hacer uso de anticonceptivos ni ser esterilizada.

⁶ Se han alterado nombres propios y omitido nombres de instituciones por razones de confidencialidad.

3.2. *Los dilemas.*

3.2.1. *Quién decide?*

A partir de estos hechos detectamos dos dilemas. El primero de ellos se refiere a la cuestión de a quién le corresponde establecer el grado de competencia de Elena para decidir ser madre. El segundo dilema se refiere, independientemente de quien sea el responsable de establecerlo, a si Elena es o no competente para tomar la decisión de ser madre y llevarla adelante con todas sus consecuencias⁷.

Empecemos por el primer dilema. En términos generales, cuando una persona tiene su autonomía limitada, bien por no ser competente (como los menores, las personas con enfermedad mental o las personas inconscientes), bien por estar legalmente incapacitada, debe ser protegida. Para ello, debe buscarse un representante por sustitución. Este puede haber sido designado en el documento de voluntades anticipadas⁸ o mediante la planificación anticipada de decisiones⁹. En caso de no tener constancia de un representante designado previamente, este debe buscarse en el círculo familiar de la persona enferma. Cuando no hay nadie que pueda representarla, los profesionales deben acudir al juez, quien representa a la sociedad, para que ratifique o rechace sus decisiones.

En cuanto al caso concreto de Elena, antes comenzar a deliberar, desde el CdD se piden algunas aclaraciones acerca de su situación legal y la opinión de los

⁷ La cuestión de fondo aquí es si una mujer que padece una enfermedad mental es competente para decidir y asumir la decisión de ser madre. Esta cuestión, por razones éticas, debe abstraerse de cualquier consideración sobre el origen o estatus económico de esta persona. De lo contrario se la estaría discriminando, lo cual sería eminentemente contradictorio con la pretensión del CdD de ser un comité de ética. La razón de mencionar la procedencia africana de Elena es traer a colación el hecho de que en este país, como en otros, la autonomía de las mujeres es concebida de forma muy distinta a como es concebida en nuestro país, porque, por ejemplo, se considera que las mujeres pueden decidir y asumir decisiones como ser madre, esposa o llevar un casa a edades mucho más tempranas de lo que se considera aquí.

⁸ «El documento de voluntades anticipadas es el documento, dirigido al médico, en el que una persona mayor de edad, con capacidad suficiente y de manera libre, expresa las instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en la que las circunstancias que concurran no le permitan expresar personalmente su voluntad. En este documento, la persona puede también designar un representante, que es el interlocutor necesario con el médico, para que la sustituya en el caso de no poder expresar su voluntad por sí misma.» (Comitè de Bioètica de Catalunya, 2010).

⁹ «La planificación anticipada de decisiones es una consecuencia del nuevo estilo de relación clínica. Se trata de que el o los profesionales vayan planificando con el paciente la atención médica, previendo las situaciones futuras y tomando decisiones sobre cómo proceder ante sucesos que pueden acaecer. Se trata de ver la atención médica como un hecho continuo y planificado y no ocasional o fortuito. La planificación anticipada incluye procedimientos como el consentimiento informado, la historia de valores, los documentos de instrucciones previas y el nombramiento de representantes.» (Colegio Oficial de Médicos de Valladolid, 2011).

profesionales que la tratan. Elena está incapacitada y tiene como tutor legal a una fundación tutelar designada por el juez¹⁰, que apoya a los profesionales de la residencia en su posición. Por otro lado, dentro de la residencia Elena no tiene un profesional de referencia estable, lo que dificulta que se establezcan vínculos entre profesionales y residentes. De todos modos, los médicos y cuidadores de la residencia son quienes más conocen a los pacientes y, en este caso, sostienen que Elena no es competente para decidir. Finalmente, los médicos que la tratan desde el ambulatorio que le corresponde por zona, entre los cuales consta un psicólogo, son de la misma opinión, aunque se desconoce el parecer del psiquiatra.

Este primer dilema suscita una reflexión. Estamos hablando de competencia (facultad psicológica de tomar decisiones), no de capacidad (posibilidad legal de llevar a cabo ciertas acciones), de modo que quien debe decidir si un paciente es competente o no, es el médico de referencia¹¹. Sin embargo, en este caso, el médico de referencia es el del ambulatorio que le corresponde por zona y que la ve de vez en cuando, no el médico de la residencia, que la trata a diario. Por lo tanto, quien debe establecer su grado de competencia no es quien tiene más información sobre ella.

Todo ello lleva a la conclusión, respecto de este primer dilema, de que el grado de competencia de Elena debe ser establecido por consenso entre todos los profesionales que la tratan: los que la tratan a diario (médico, psicólogo, psiquiatra, trabajadores sociales y enfermeros de la residencia) y los otros profesionales implicados (psicólogo, psiquiatra y ginecólogo del ambulatorio). Pero debe darse mayor peso a la valoración de los que la tratan a diario, puesto que son los únicos que tienen toda la información y todos los elementos para decidir. Cabe añadir que, en el caso de residencias geriátricas y psiquiátricas, la responsabilidad legal de la decisión última ante la sociedad es del médico de la residencia, aunque los que

¹⁰ Los únicos familiares de Elena (padre y hermana) tienen solo un contacto esporádico con ella y no hay ninguna otra persona que pueda ser su representante legal; por ello el juez designó la fundación tutelar a tales efectos. Luego, en este caso, en el momento en que se plantean estos dilemas, los profesionales de la residencia acuden directamente a la fundación, sin pasar por el juez, porque este les hubiese dirigido de hecho a la fundación (al representante jurídico de la fundación que la custodia).

¹¹ Véase el art. 8. 3a de la Ley 41/2002 (estatal) y el art. 7. 2a de la Ley 21/2000 (catalana) sobre derechos de información concernientes a la salud y autonomía de los pacientes.

suelen responder ante la familia son otros profesionales del centro, como los enfermeros o los trabajadores sociales.

3.2.2. *¿Ella puede decidir?*

El segundo dilema que se detecta, recordémoslo, hace referencia al hecho de que, aunque Elena quiera ser madre, su voluntad puede ser insuficiente para permitirse. Debe plantearse, independientemente de a quién le corresponda establecerlo, si Elena es realmente competente para tomar esa decisión.

Ante todo es importante recalcar que el hecho mismo de que los profesionales se planteen este dilema quiere decir que no la consideran incompetente de antemano, solo por el hecho de estar incapacitada. Por el contrario, exploran y deliberan sobre su capacidad natural. De ello se deduce que asumen la posibilidad de que la deliberación les lleve a concluir que es competente y que, en ese caso, estarían dispuestos a respetar su voluntad, a pesar de la incapacidad legal. Este es un buen ejemplo de deliberación ética que no siempre coincide con la legalidad y la normativa jurídica. Las decisiones éticas tienen en cuenta siempre todos los valores implicados y persiguen el máximo beneficio moral personal. Eso es más factible en el ámbito privado, mientras que las decisiones jurídicas y legales, para poder ser aceptadas socialmente, suelen ser acuerdos morales de mínimos.

Volviendo a la deliberación del CdD, también en este caso se piden algunas aclaraciones, ahora en relación a la actitud y estado de ánimo de Elena (comunicatividad, contacto o vínculo con compañeros y cuidadores y reacción a los abortos). Se explica que Elena, a pesar de ser aparentemente activa, suele aislarse de los demás, a menudo escucha música con auriculares, y ha tenido alucinaciones e ideas de suicidio. A esto se le añade que no es consciente de su enfermedad ni de sus límites, lo cual la ha llevado a protagonizar ciertos hechos que le han valido reprimendas por parte de los profesionales, a pesar de que por lo general no es conflictiva. Respecto a los abortos, Elena no quiere hablar sobre ello. Además, el primero de ellos no se sabe ni cómo ni dónde se le practicó, dado que tuvo lugar

antes de que entrara en la residencia y, a pesar de los intentos de los profesionales para que exprese sus sentimientos, ella solo contesta que fue muy doloroso.

Todos estos hechos conducen, esta vez, a dos reflexiones. La primera es el hecho de que la capacidad de cuidar a un hijo debe ser uno de los elementos fundamentales con los que haya que valorar el grado de competencia de Elena. De lo contrario, si no se tiene en cuenta dicha capacidad y se le permite tener un bebé, y luego Elena resulta no ser suficientemente responsable como para cuidar de él, se estaría probablemente perjudicando a ambos, madre e hijo.

La otra reflexión que se desprende de la deliberación se refiere al papel de los recursos. Surge la pregunta de si, en caso de existir algún tipo de prestación económica por razón de enfermedad mental, ello podría facilitar la maternidad de personas como Elena. En otras palabras, si toda deliberación sobre la maternidad de personas con enfermedad mental no puede ser en realidad fruto de una discriminación inconsciente de dichas personas y resoluble mediante una mayor inversión de recursos económicos para estos casos. Esta reflexión surge a raíz de los casos de mujeres con tetraplejía que, ayudadas de una asistente personal, pueden ser madres. Pero entonces cabe preguntarse hasta qué punto son lo mismo las imposibilidades físicas y las mentales y si dicha persona de soporte no estaría en realidad sustituyendo a la madre.

A raíz de estas reflexiones y del proceso deliberativo se llega por consenso y unanimidad a la conclusión, respecto del segundo dilema, de que Elena no es competente para tomar la decisión específica de ser madre. El deber ético de los profesionales de proteger a las personas más vulnerables debería pesar más que el derecho de Elena de hacer realidad su deseo de ser madre.

3.3. La recomendación

Habiendo aclarado los hechos, dilucidado y analizado ambos dilemas, y habiendo reflexionado y llegado a conclusiones, el CdD recomienda al profesional que

consulta que se busque un modo efectivo y seguro de esterilizar a Elena para evitar embarazos futuros.

Para sustentar esta conclusión se desarrollan varios argumentos. En primer lugar, la no aceptación de su enfermedad lleva a que Elena no sea consciente de sus propios límites y ello, por tanto, hace dudoso que sea consciente de la responsabilidad que implica ser madre, así como del riesgo que supondría para el feto y para ella llevar a término un embarazo con todos sus problemas de salud (no solo el riesgo de posibles complicaciones, sino también el riesgo de transmitir el VIH al bebé).

En segundo lugar, se valora que, incluso en el caso de que tuviera al niño, este quedaría de inmediato bajo tutela de la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència y, por tanto, Elena no solo no vería satisfecho su deseo de ser madre sino que, además, el hecho de separarse de la criatura podría suponerle un mayor sufrimiento que el de someterse a una esterilización. Sobre todo teniendo en cuenta la fantasía que ella ha creado de criar al niño en la residencia.

En tercer lugar se constata que a menudo se olvida la segunda formulación del principio de autonomía. Normalmente, solo se recuerda la primera parte, la que implica respetar la decisión del paciente competente. Sin embargo, hay una segunda parte que hace referencia al deber de los profesionales de proteger a aquellos que tienen la autonomía reducida. En este sentido, hay que proteger a Elena de los riesgos que un embarazo tendría para su propia salud, ya que, si no es competente, eso significa que tiene la autonomía reducida. Asimismo hay que proteger al hipotético hijo que, por lo pronto, sabemos que tendría una madre con enfermedad mental y no sabemos si tendría padre, pues no se conoce la implicación que tendría la pareja de Elena.

Por último, se argumenta que un derecho no es un capricho. En el caso de la paternidad, el derecho a ser madre o padre implica el deber de ocuparse del hijo, ya que procreación y paternidad no son lo mismo. La procreación es biológica y la paternidad es social.

3.4. El desenlace

La decisión final es tomada conjuntamente por la fundación tutelar a cargo de Elena y los profesionales de la residencia psiquiátrica. Se considera que Elena no puede asumir la responsabilidad de ser madre y, por tanto, se decide esterilizarla.

Dado que sus problemas de salud imposibilitan usar los métodos habituales, se buscan alternativas y finalmente se recurre al procedimiento ESSURE (obstrucción de las trompas de Falopio por vía vaginal), un método altamente efectivo, más económico que la ligadura de trompas, y que no requiere hospitalización. En contrapartida, y aunque se considera la mejor de las alternativas, es un método que acarrea efectos secundarios notorios.

Elena es informada de la decisión y del procedimiento. Ella misma reconoce que no está capacitada para ser madre y acepta la intervención sin necesidad de que los profesionales insistan. Se le realiza la intervención con éxito.

Además, se la consigue persuadir para que le cuente a su pareja que tiene VIH. Y por lo que se sabe, hoy por hoy siguen juntos.

4. Reflexiones finales y aspiraciones futuras

4.1. Sobre el caso

Desde el instante en el que se recibió el caso de Elena, una semana antes de la sesión, este causó un fuerte impacto en todos los miembros del CdD. Durante la sesión, el impacto se transformó en una gran empatía. Empatía con el deseo Elena, que es muy humano y que a menudo constituye uno de los mayores actos de realización vital de una mujer pero que, en su caso, es irrealizable por una circunstancia de la que ella no es ni consciente ni culpable. Y, a la vez, empatía con la difícil situación de los profesionales, la de tener que impedir ese deseo en virtud de su deber de velar por el bienestar de ella y de terceros implicados. En definitiva, el caso de Elena produjo una mezcla de sentimientos fruto de que en él se mezclan dos elementos muy sensibles: la maternidad, que es una decisión muy íntima y

personal, y las enfermedades mentales, que es un ámbito donde las decisiones son especialmente delicadas, más que en otros ámbitos de la asistencia sanitaria, que ya es delicada de por sí. Esa mezcla de sentimientos perduró hasta después de la sesión y volvió a aflorar al preparar esta comunicación para el V Congreso de Bioética.

4.2. *Sobre el CdD*

Aunque todavía no se pueden hacer públicos los resultados de los cuestionarios, sí puede constatarse que la experiencia del CdD es muy positiva hasta ahora. No solo se percibe que es enriquecedor para sus miembros, por su utilidad tanto personal como profesional, sino que además es también muy positivo el *feedback* que se recibe, por parte de los ponentes, en cuanto a la aplicabilidad del procedimiento deliberativo en sus campos profesionales. Así pues, se cumplen los objetivos planteados: la diseminación de la bioética, mediante el servicio a profesionales, y la formación de estudiantes. Además, la difusión que se ha hecho ha permitido constatar que es una actividad que despierta un gran interés, tanto como espacio que permite comprender y experimentar en qué consiste la ética práctica, como por ser una iniciativa que permite extender la práctica deliberativa al ámbito académico y científico. Por todo ello, estamos en proceso de establecer relaciones de colaboración con instituciones importantes del ámbito de la bioética.

BIBLIOGRAFÍA

- BEAUCHAMP, Tom, y CHILDRESS, James. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson, 1999.
- BOLADERAS, Margarita. *Bioética*. Madrid: Síntesis, 1998.
- BUSQUETS, Ester. «Cap a la creació d'una bioètica social», en *Quaderns d'acció social i ciutadania*. 2009, núm. 6.
- CASSELL, Eric. *La persona como sujeto de la Medicina*. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2007.
- Colegio Oficial de Médicos de Valladolid. «Planificación anticipada de la asistencia médica», en *Revista Eidon* [en línea]. 2012, núm. 38 [consulta: 20 de noviembre

de 2014]. Disponible en: <<http://www.revistaeidon.es/archivo/revista-eidon-n-38/bioetica/118174-planificacion-anticipada-de-la-asistencia-medica>>.

Comitè de Bioètica de Catalunya. *Consideraciones sobre el Documento de Voluntades Anticipadas*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2010.

– *Guia de recomanacions sobre el consentiment informat*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, 2003.

MARTÍNEZ, Francisco. *Redes sociales y esquizofrenia. Tipología familiar, necesidades y sintomatología*. Barcelona: Institut d'Edicions de la Diputació de Barcelona, 2002.

MONTERO, Francisco, y MORLANS, Marius. *Para deliberar en los comités de ética*. Barcelona: Fundación Dr. Robert, 2009.

Agradecimientos

A Màrius Morlans, profesor de la asignatura que dio lugar al CdD y miembro asesor del mismo, por su inestimable ayuda y predisposición a compartir su conocimiento.

A Míriam Ruiz, trabajadora social experta en salud mental y ponente del caso, por su generosidad al dedicarnos parte de su tiempo y permitirnos conocer la situación de Elena.

A todos los miembros del CdD. Porque sin ellos esta experiencia no hubiera llegado a ser una realidad.

FILOSOFÍA DEL DEPORTE INFANTIL Sobreprotección y salud mental

Mauro Valenciano

Resumen

La organización y la filosofía del deporte infantil responden a unos rasgos propios. Por un lado, la adaptación a los niveles calculados de desarrollo psicobiológico del niño, en consonancia con un principio de protección. Por otro, la delimitación del sentido que debería tener la competición, y el intento de desenfatarla el máximo posible. Estos propósitos sirven para articular una visión de deporte al servicio de la educación. Sin embargo, hay que ver a qué visión educativa sirve el modelo actual. De acuerdo con Winnicott, el ser humano camina de la dependencia absoluta a la relativa dependencia. Vale la pena, entonces, preguntarse: ¿ofrece el deporte infantil unas mínimas garantías para la construcción progresiva de la autonomía del niño? Y, asimismo: ¿no habremos cometido el error de enfrentar la educación a la competición cuando, de hecho, pueden coexistir?

Palabras clave: principio de protección, competición, autonomía, reglas de juego, ética.

La organización y la filosofía del deporte infantil y juvenil responden a unos rasgos propios que son característicos. Por un lado, prima la adaptación reglamentaria y metodológica a los niveles calculados de desarrollo psicobiológico del niño, en consonancia con la defensa a ultranza de un principio de protección. Por otro lado, se acentúa la delimitación del sentido que tiene la competición en la infancia, hasta el punto de plantear si es posible desenfatarla al máximo para *hacer la actividad más educativa*.

Estos propósitos sirven para articular y justificar una visión de deporte al servicio de la educación y del desarrollo del niño, casi como una educación centrada en el niño (*child-centered education*), un enfoque predominante en la pedagogía del siglo XX (Luri, 2013). Parece que tal propósito, de acuerdo a sus supuestas bondades, no

pueda ser hoy rebatido. Cuenta con el visto bueno que arrastran teorías muy en boga en las décadas de 1980 y 1990 como el constructivismo, modelo a partir del cual se conformó la reforma educativa española de la Ley Orgánica de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE, 1/1990). Sin embargo, y habida cuenta de los devaneos de la educación escolar siguiendo el constructivismo y también la onda de la *educación en valores*, hay que ver a qué visión educativa sirve el modelo actual de deporte infantil, que en algunos rasgos se parece sospechosamente a la filosofía constructivista que arropaba la LOGSE.

De acuerdo con Winnicott (1993), el ser humano camina de la dependencia absoluta a la relativa dependencia. Atendiendo a esta idea, que damos aquí por buena, vale la pena preguntarse: ¿ofrece realmente el deporte infantil unas mínimas garantías para la construcción progresiva de la autonomía del niño? ¿Podemos aislar un factor o aspecto que ayude a reconocer cómo un individuo se construye como sujeto y no como objeto? Podemos decir que hay un aspecto *estrella* del desarrollo: resulta primordial cultivar la capacidad de reconocernos en nuestros productos, sentirnos autores y asumir las consecuencias de nuestros actos. Podría tratarse del factor clave para entender el desarrollo y maduración de la persona.

Visto que hay unas culturas tanto familiar como escolar que se centran en el niño, que buscan protegerlo de influencias externas... ¿no será el principio de protección una manera velada de eludir la crítica del clima de sobreprotección en el que hoy andamos instalados? ¿No será un subterfugio para disfrazar la sobreprotección de legítima protección del niño desvalido? Y en relación al papel de la competición con niños, ¿no habremos cometido el error de enfrentar la educación con la competición, como si fueran aspectos antagónicos en el aprendizaje, cuando pueden coexistir y se alimentan el uno a otro si un entrenador lo sabe manejar?

Siguiendo la línea del pensamiento psicoanalítico iniciado por Freud, podemos ver alguna de las modificaciones reglamentarias como fomento indebido de la omnipotencia infantil, como falta de castración psíquica. O, como diría Winnicott, algo próximo a la idea de malcriar (o mala crianza). Castración, omnipotencia y mala crianza serán tres aspectos que desarrollaré más adelante.

El *jugar seguro*¹² es el elemento central de las propuestas que hoy vemos en el deporte infantil, a imagen y semejanza de los vínculos familiares más frecuentes. La norma de alineación sería una de esas medidas reglamentarias –aunque hay más– que encontramos confusas para los niños, puesto que dificulta sobremanera poder conectar los actos con las consecuencias. Ante el riesgo que podría suponer estropear o incluso arruinar la posibilidad de que el niño tenga un desarrollo saludable en lo que respecta a su autonomía, haría falta avivar un debate filosófico que hoy no podemos decir que se esté haciendo. La crítica y revisión del *status quo* del deporte infantil es cada vez más urgente y apremiante.

A continuación voy a nombrar las tres patas en la que se apoya la comunicación: primero comentaré algunos aspectos acerca de la sobreprotección dentro y fuera del ámbito del deporte infantil; luego pasaré a describir los rasgos propios de la filosofía del deporte infantil. Como tercera pata encaminaré mis reflexiones hacia las posibilidades de construir una noción de salud mental ligada a la participación de los niños en actividades deportivas organizadas. Como broche final, habrá unos comentarios conclusivos y un apartado de citas bibliográficas.

1. Sobreprotección

Durante estos últimos años mi trabajo se ha orientado a entender –pienso que cada vez mejor– la manera en que los aspectos reglamentarios articulan y dialogan con cuestiones morales y éticas en el deporte, sobre todo en el deporte infantil. En mis primeras averiguaciones publicadas acerca de este asunto (Valenciano, 2012), ya había podido comprobar cómo la sobreprotección del niño y la reglamentación al respecto tienen un papel crucial en el desarrollo de una particular filosofía del deporte infantil. Más allá de esta referencia, puedo decir que las averiguaciones

¹²El *jugar seguro* es una amalgama de diferentes aspectos educativos en torno al niño que practica deporte. Se trata de aspectos de crianza, metodología de entrenamiento y modificación reglamentaria que convergen en potenciar en el propio niño o niña una imagen narcisista de sí mismo. En este contexto el niño no obtiene un ambiente que le ofrezca límites claros ni tampoco la experiencia necesaria de la frustración. Por tanto, dicho ambiente está lejos de ofrecer a los niños un aprendizaje de la demora en –e incluso la imposibilidad de– la satisfacción de sus deseos.

posteriores confirman mis sospechas y que, a estas alturas, las implicaciones negativas de algunas modificaciones reglamentarias para la salud mental de los niños me parecen todavía más fehacientes.

Pero si ampliamos un poco el foco del fenómeno de la sobreprotección, ¿qué aspectos de la vida podemos hacer figurar como muestra inequívoca del trato sobreprotector brindado a los niños? Una idea puede resultarnos útil: se asume como idea convencional que el marco del estado del bienestar y de las relaciones familiares generan un ambiente de desarrollo de los niños en que se los protege dentro de una burbuja de comodidades. No obstante, como contrapartida al confort de dichas comodidades, a menudo a los niños de hoy no les quedan claras las consecuencias de sus actos, que son sistemáticamente *suavizadas*.

Más allá del ámbito del deporte infantil, encontramos medidas sobreprotectoras del tipo: la alimentación *a petición* del niño; no llevar a los bebés a la guardería *para que no enfermen*; tardar en quitarles el pañal o el chupete; llevarlos en su carro aunque tengan 3 o 4 años *para que no se cansen*; darles complementos alimentarios si no comen lo que se les sirve en el plato; la *trampa* de hacerles sus deberes. Incluso podríamos hablar de un exceso de vacunas. Son ejemplos diversos –que no voy a entrar a comentar en detalle– que nos dan una imagen global, creo que bastante clara, sobre este ambiente sobreprotector al que aludo.

En el deporte, como contrapartida de este mismo vínculo que se les ofrece a los niños, encontramos: la norma de alineación como garantía legal para *jugar seguro* cada partido. Hay otra norma muy relevante y extendida, la que aparece para dejar de contar los puntos/goles con una diferencia notoria. Casi podríamos hacer un juego de palabras: la norma que aparece *para hacer desaparecer* la diferencia en el marcador. Dicha diferencia no deja de ser una reflejo más o menos fiel, pero un reflejo, de la realidad de un partido. Una tercera norma sería la que especifica prohibiciones acerca de aspectos técnicos o tácticos, a menudo por considerarlos fuera de su alcance. En definitiva, se trata de tres modificaciones reglamentarias – recordemos lo de la *child-centered education*– surgidas para *adaptar* el deporte al niño, ¡como si el niño no se pudiese adaptar a las condiciones del deporte!

2. Filosofía del deporte infantil

Ya hemos visto sucintamente el entramado de la sobreprotección en la infancia, más allá del deporte y en el deporte mismo. Tales vínculos entre adultos y niños han establecido un *modus operandi* a partir de un cierto modelo de relaciones familiares que ha sido transferido al deporte infantil, cuya filosofía se guía básicamente por dos ideas rectoras:

- 1) *Cabe garantizar la participación de los niños en la cancha, que se vuelve obligatoria.*

En 1970, en la I Reunión Mundial de Dirigentes de Minibasket en Madrid, se decía: «Diez jugadores que deben jugar obligatoriamente, esta es la palabra principal: *obligatoriamente*» (Regla nº3 en el *Reglamento de Minibasket*). Esto lleva a –es traído por– la confusión entre *participar* y *jugar*. Se puede participar en un partido sin jugar (animando) y se puede jugar sin participar (cuando los compañeros no te la pasan y el jugador va de un lado a otro, fuera del foco de la jugada). Entonces ¿puede ser esto de *jugar seguro* o *jugar todos* una versión del *café para todos*?

- 2) *En el establecimiento de prioridades, el proceso-participación-formación pasa por delante de –es más importante que– el producto-resultado-competición.* Esto supone el establecimiento y persistencia de una distinción y disyuntiva falsas: la metodología, el proceso que se sigue para lograr ciertos resultados, no se puede extirpar del producto que se obtiene. Y el producto refleja, asimismo, una manera de hacer, una metodología o proceso que se ha seguido. Ya lo decía Gregorio Luri (2013):

Podemos preguntarnos, incluso, si los constructivistas no practican una cierta metafísica del proceso, de tal manera que el único producto que les parece digno de consideración es el proceso mismo. Como creen que el auténtico aprendizaje es una conquista autónoma y, en el fondo, no programable, se niegan a admitir una evaluación externa del conocimiento del alumnos mediante pruebas objetivas.

Además, no se admite que los entrenadores administren el tiempo de juego: la norma de alineación les guía en la distribución *igualitaria* del tiempo de juego entre

los jugadores del equipo. Con el foco de atención en estas prioridades, la cultura meritocrática se tambalea. En lugar de poder apreciar que los logros de los jugadores reflejan lo que saben hacer (es el caso notorio del tiempo de juego cuando no hay tiempo mínimo asegurado), se recubre el reconocimiento de los logros del niño con una cláusula de *amor incondicional*.

Los niños que crecen bajo el manto de la actual filosofía del deporte infantil están irremisiblemente condicionados por la norma de alineación. De mismo modo, los niños que son sobreprotegidos por sus padres y madres no asumen que hay un reconocimiento propio de la sociedad por lo que saben hacer y no por ser quienes son (hijos de). Esto dificulta que se puedan trazar conexiones claras entre los actos que uno mismo protagoniza y las consecuencias que de ellos se derivan: si haces lo que haces vas a jugar obligatoriamente, el mensaje a los niños es muy confuso y potencialmente patológico. Dice Luri (2013), aludiendo a condiciones similares, aunque en este caso sobre el aspecto del esfuerzo en la escuela, que los niños «han bajado la guardia porque saben que con poco que hagan pasarán de curso». Un extremo de dicho fenómeno, obligatorio como el tiempo de juego asegurado, sería el de la *promoción automática*, es decir, que tras un determinado número de repeticiones de curso, ya no se puede repetir más y se pasa al curso siguiente.

3. Salud mental

Como apunté con anterioridad, parto de la concepción de Winnicott (1993) de que la maduración va de la dependencia absoluta a la relativa dependencia. Siguiendo estas coordenadas, la meta propia de la educación, extensible al entrenamiento deportivo, es la conquista de dicha autonomía relativa. Es una conquista, y no un *regalo* o una *subvención*, como pudiera interpretarse según la norma de alineación y el mensaje implícito de la norma, el de *jugar seguro*. El desarrollo de la personalidad, cuando se sigue esta línea psicoanalítica, sitúa en la autonomía o independencia el hito propio del desarrollo emocional de la persona, en la medida que uno mismo reconoce su propio deseo y se hace responsable de lo que le pasa.

A estas alturas resulta interesante comentar, desde el psicoanálisis también, el concepto de castración. Ya hemos ido bosquejando un paralelismo: podemos leer el tiempo de juego asegurado, según la norma de alineación, como falta de castración. Sabiendo que la castración psíquica es algo necesario y saludable para todo niño, que no haya castración es un problema... y muy serio.

Sin castración, la experiencia del niño raya con una sensación de omnipotencia con la que ha convivido en sus primeros meses de vida. Por ejemplo, cuando el bebé *imaginaba* que creaba el pecho que le daba alimento. No obstante y pasados los primeros meses de vida, la sensación de omnipotencia que da seguridad al bebé deja de tener utilidad en su desarrollo. No tiene sentido, a partir de cierto momento, seguir alimentando la sensación de omnipotencia en los bebés.

La omnipotencia podríamos verla como el otro polo de la castración. Cuando utilizamos un lenguaje no técnico, no psicoanalítico, podemos decir: el tiempo de juego asegurado –así como otras medidas propias del deporte infantil– funciona según el peligroso modo de la omnipotencia desproporcionada. Una tercera manera –más prosaica aunque al mismo tiempo quizá más clara– de referirse al fenómeno de la falta de castración y de la omnipotencia sería hablar de *malcrianza*:

La adaptación tardía recibe el nombre de «mal crianza», y se critica a quienes malcrían a un niño. Además, dado que esta adaptación[,] activa a las necesidades llega demasiado tarde, los niños no pueden aprovecharla adecuadamente o bien precisan excesivamente de ella y durante un largo período. Así, la persona que está en condiciones de proporcionarla puede encontrarse en una situación muy difícil, porque el niño desarrolla a veces una dependencia que resulta difícil superar. (Winnicott, 2006).

«Una dependencia que resulta difícil superar»... No hace falta decir mucho más. Esta descripción nos ayuda a entender, en términos muy sencillos, cómo lo que pudiese parecer beneficioso para los niños –medidas reglamentarias que se *adaptan* a su condición y que les *protegen*, que están siempre animadas por un objetivo beneficioso para el futuro del niño– acaba cumpliendo una función que está en las antípodas de la salud mental y del desarrollo saludable de la persona.

4. Comentarios finales

La responsabilidad personal no se aprende apelando a ella, como se hace a menudo a la *educación en valores*. La responsabilidad se aprende interpelando a los niños, desde el prisma de los adultos, sobre las consecuencias de sus actos. Esto significa que mientras que en la vida en general, y en el deporte en particular, no confrontemos a los niños con la experiencia del *no*, de la castración, no habrá margen para un verdadero desarrollo saludable de la persona hacia la independencia.

Me gustaría, entonces, plantear lo siguiente: ¿no sigamos borrando el *no jugar* de las posibilidades de la experiencia deportiva! No jugar, o jugar poco, o no jugar obligatoriamente en cada partido son experiencias del *no*, de la necesaria y saludable castración psíquica. No podemos sustituir la castración por nada más *amable*: la castración es lo que es, y su función es imprescindible para el desarrollo personal, para la maduración emocional y para la construcción de la persona como ciudadano.

Pienso que lo más preocupante de todo es que medidas que se toman bajo la justificación de *proteger* al niño, como la norma de alineación, en lugar de beneficiosas resultan justamente medidas muy poco saludables para su desarrollo. No obstante, se trata de un problema planteado hace mucho tiempo y cuya solución eficaz ha sido demorada en repetidas ocasiones: «Las superorganizaciones educacionales que hoy existen, traen el peligro de elaboración de climas artificiales, de ambientes prematuramente especializados. Producen bellas especies humanas, pero casi siempre especies de invernadero» (Cagigal, 1972).

Vamos a ver si por una vez podemos plantear este debate y escuchar las diferentes posiciones. Vamos a ver si la filosofía no queda reservada para las clases de ESO o bachillerato, o para el grado universitario. Es preciso –y precioso– que consigamos dilucidar lo que es saludable para el niño en términos del desarrollo hacia la autonomía. Y para hacerlo nos podemos servir de las armas y de los instrumentos de la filosofía y del psicoanálisis. Lo podemos intentar para revertir las tendencias propias de una pedagogía deportiva y unos reglamentos que producen, parafraseando a Cagigal, *especies de invernadero*.

BIBLIOGRAFÍA

CAGIGAL, José María. *Deporte, pulso de nuestro tiempo*. Madrid: Editora Nacional, 1972.

LURI, Gregorio. *Por una educación republicana*. Cànoves: Proteus, 2013.

– *Per una educació republicana. Escola i valors*. Barcelona: Barcino, 2012.

VALENCIANO, Mauro. *Aprender a ganar. La competición en el desarrollo de los deportistas*. Barcelona: INDE, 2012.

WINNICOTT, Donald W. *El niño y el mundo exterior*. Buenos Aires: Hormé, 2007.

– *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires: Hormé, 2006.

– «De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo», en *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Paidós, 1993.

II. LA PERSPECTIVA ORGANIZATIVA

**INTRODUCCIÓN DE LA MIRADA ÉTICA
EN LOS PLANES INTERDISCIPLINARES DE ATENCIÓN
A PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y TRASTORNOS MENTALES
QUE VIVEN EN SERVICIOS RESIDENCIALES**

Raúl Alcázar y Pepita Cabiscol

Resumen

El artículo trata de la creación y desarrollo de un grupo de reflexión ética multidisciplinar, con la participación de un filósofo, en una residencia que atiende a personas con alguna problemática de salud mental. Se describen los objetivos y formación del grupo, así como los conflictos éticos y actitudes institucionales que se detectan y las propuestas de mejora que surgen.

Palabras clave: residencia, salud mental, conflictos éticos, grupo de reflexión, experiencia.

La Residencia Tres Pins, de titularidad pública y gestionada por la fundación de servicios sociales Sant Pere Claver, atiende desde principios de 2012 a 39 personas con discapacidad intelectual y trastornos de conducta derivados, principalmente, de alguna problemática de salud mental. De estas personas, 27 son atendidas en régimen de residencia y 12 en el centro de día. Un año después de su puesta en marcha, desde el equipo directivo, con el apoyo del Consorcio de Servicios Sociales, nos planteamos la necesidad de iniciar un Equipo de Reflexión Ética de Servicios Sociales (ERESE), que desde entonces se reúne regularmente unas cuatro veces al año.

1. Creación de un Equipo de Reflexión Ética de Servicios Sociales

La implementación del ERESS en la Residencia Tres Pins apuntaba principalmente a cuatro objetivos:

- 1) Promover y facilitar la mirada ética en la atención cotidiana a los usuarios y sus familias, en todas las fases del proceso de atención (es decir, desde el análisis de los casos hasta la planificación, ejecución y evaluación de las intervenciones).
- 2) Generar conocimiento y elaborar protocolos de intervención y códigos de buenas prácticas en el centro.
- 3) Analizar los posibles problemas y dilemas éticos que se producen en la práctica de la intervención social en situaciones complejas, y asesorar a los profesionales en su resolución.
- 4) Adoptar las conclusiones de los casos analizados como referente, para la anticipación de futuras situaciones.

En paralelo a la implementación del ERESS, nos propusimos incorporar la participación, opinión, deseos y preferencias de los usuarios del centro y, en segundo lugar, de sus familiares y/o tutores. También intentamos calibrar las posibilidades reales y efectivas del personal de atención directa. Finalmente, estipulamos que la rutina y comodidad de los gestores y del personal del centro no fueran los criterios prioritarios a la hora de tomar decisiones.

Previamente a la implementación del ERESS, la dirección informó a todos los miembros del equipo de atención directa e hizo una llamada a posibles voluntarios que quisieran incorporarse. Pensamos que no se podía imponer la participación a ningún profesional en un espacio de reflexión de estas características. Al mismo tiempo, se ofreció dos tipos de formación a los miembros de l'ERESS:

- 1) Recibieron formación específica sobre la ética aplicada a la intervención social.
- 2) Recibieron formación sobre la creación y el funcionamiento de los comités de ética.

Desde entonces, se van realizando cursos de ética para todos los trabajadores del servicio.

En la actualidad el ERESS de Tres Pins está integrado por siete profesionales que forman un equipo multidisciplinar (personal de atención directa y todos los miembros del equipo técnico) y cuentan con el acompañamiento y asesoramiento externo de un filósofo. Para garantizar su consolidación y buen funcionamiento, pensamos que el acompañamiento de un filósofo es imprescindible a fin de que la actividad del ERESS no derive en tertulias u otro tipo de reuniones de trabajo. Además, nos planteamos que pueda participar puntualmente algún otro experto, por ejemplo en cuestiones de afectividad y sexualidad.

Para el funcionamiento del ERESS seguimos la metodología propuesta por el Comité de Ética de los Servicios Sociales de Catalunya.

2. Resultados: detección de conflictos éticos y propuestas de mejora

Sin duda, el resultado de los análisis de los diferentes casos tratados tuvo efectos beneficiosos para los casos concretos pero, sobre todo, las reflexiones nos permitieron identificar, por un lado, cuáles son los conflictos éticos más frecuentes en la atención a las personas de nuestro centro y, por otro, hacer propuestas de mejora.

Hemos podido identificar qué situaciones nos generan conflictos éticos en relación a la atención a personas con discapacidad intelectual y trastorno mental:

- 1) No voluntariedad en los ingresos (la administración exige los ingresos con una fecha determinada para cobrar la estancia, y a menudo la patología del usuario requeriría una mayor tiempo de trabajo en el abordaje del caso previo a su ingreso).
- 2) Qué posicionamiento adoptamos antes las agresiones de unos residentes hacia otros.
- 3) Qué posicionamiento adoptamos antes las agresiones de residentes hacia los profesionales.
- 4) En situaciones que requieren de contención, la legitimidad de las mismas frente a su legalidad.

- 5) Priorización de los derechos de unas personas sobre los de otras (por ejemplo, el derecho al descanso frente al derecho a ver la televisión)
- 6) Discrepancias entre el equipo técnico y las familias y/o tutores en cuanto a determinados tratamientos farmacológicos o de contención.
- 7) Invasión de la privacidad:
 - Dificultad de encaje entre el acompañamiento en los procesos de autonomía y la dependencia del residente.
 - Desajuste entre la obligación de atender las demandas de inspección y el derecho a la intimidad del usuario.
 - Confidencialidad de la información frente a la posibilidad de compartir el trabajo con el equipo: quién necesita saber qué y con qué finalidad.
- 8) Se detectan vacíos legales en la atención de determinadas situaciones de vulnerabilidad de los derechos de las personas con discapacidad.

Además de estas situaciones, hemos detectado las siguientes actitudes en el funcionamiento general del centro:

- 1) En muchas ocasiones no tenemos suficientemente en cuenta las competencias de los usuarios.
- 2) Demasiado a menudo tomamos decisiones sin el consentimiento de los interesados.
- 3) A menudo, los profesionales nos excedemos en el asistencialismo y sobreprotección hacia las personas atendidas.
- 4) Tendemos a la espectacularidad de los casos, por lo que las personas se sienten muy observadas. De esto se deriva que hay una *proliferación* de profesionales interviniendo en cada caso.
- 5) Constatamos una necesidad excesiva del equipo de compartirlo todo (podría deberse a que es un centro nuevo, con profesionales jóvenes).
- 6) Observamos un riesgo excesivo de priorizar la atención asistencial y logística frente al acompañamiento en el crecimiento personal y emocional de las personas.

- 7) Detectamos una tendencia excesiva a priorizar las dificultades y la dependencia frente a las capacidades y fortalezas.
- 8) Existe el riesgo de priorizar la seguridad del espacio frente a la confortabilidad y la significación personal.
- 9) Hay una cierta tendencia a calibrar la atención que debe recibir una persona en comparación con la que reciben los otros.

Tras un año de funcionamiento del ERESS, la introducción de una mirada ética en nuestra práctica diaria nos ha llevado a la formulación de las siguientes propuestas y acciones de mejora:

- 1) Se ha intentado incrementar los espacios de trabajo, coordinación y diálogo con la Administración Pública, a fin de adecuar los ritmos de ingreso a las necesidades y posibilidades de los usuarios y sus familias.
- 2) Intentamos que los usuarios participen directamente en todos los procesos de decisión que les afectan. Aunque la persona no pueda tomar totalmente una decisión, sí puede participar de ella.
- 3) La confidencialidad ha pasado a ser un valor para todos los miembros del equipo. Intentamos discernir entre aquella parte de la biografía de la persona que debe ser conocida por todos el equipo, porque es significativa para ella, y los aspectos que solo conciernen a determinados profesionales.
- 4) Dado que la mayoría de espacios y tiempos de actividad son compartidos, se intenta que la habitación se pueda personalizar, a fin de que adquiera significación para la persona y sea un espacio de máxima intimidad.
- 5) En todos los planes de atención intentamos incorporar explícitamente las habilidades y competencias de los usuarios.
- 6) Nos hemos propuesto estar dispuestos a asumir algún riesgo y no proteger totalmente a los usuarios, puesto que queremos dar más valor a la libertad.
- 7) Dado que en muchas ocasiones la residencia será un recurso finalista, ya que difícilmente los usuarios podrán volver a su casa, intentamos trabajar

relaciones de fraternidad entre los residentes. El centro pasa a ser su casa y, sus compañeros, parte de su familia.

- 8) La organización ha adoptado la voluntad explícita de mantener el ERESS y de seguir formando a los profesionales en temas de ética aplicada.
- 9) Hemos elaborado protocolos de actuación y códigos de buenas prácticas respecto a las medidas de contención entre los profesionales del centro y los usuarios. Se ha ofrecido a estos últimos la posibilidad de firmar estos documentos, a fin de incrementar su responsabilidad e implicación.
- 10) Iniciamos el proceso de crear en cada caso la figura de un profesional de referencia. De esta manera, el usuario tiene a una persona de confianza y le evitamos la pesadez de tener que explicar repetidamente su situación.
- 11) Hemos adquirido el compromiso de hacer llegar al Comité de Ética de Catalunya los conflictos éticos con los que nos encontremos en la atención cotidiana, así como los vacíos legales detectados en la atención de determinadas situaciones de vulnerabilidad de derechos de las personas con discapacidad intelectual.
- 12) Intentamos considerar el hecho de que cada persona es única e irrepetible: el nivel de atención no se ha de dar en comparación a la que se ha dado a los otros, no hemos de homogeneizar.

Finalmente, cabe señalar que la introducción de la reflexión ética nos ha permitido integrar progresivamente la perspectiva del otro y, así, aumentar sus capacidades de elección y decisión. Aunque el entorno y circunstancias de nuestros usuarios no sean los más propicios, pensamos que, si elegir aumenta su autonomía personal, también aumentará su libertad y restablecerá su condición de ciudadanos.

**REFLEXIONES DESDE LA ATENCIÓN A PERSONAS
CON DISCAPACIDADES Y DIAGNÓSTICO EN SALUD MENTAL
Aportaciones del grupo de reflexión ética
de la Fundación Pere Mitjans**

Clara Clos

Resumen

El objetivo de esta comunicación es compartir la experiencia de los cambios que pueden suponer en la organización y en la práctica diaria las aportaciones del grupo de reflexión ética en una entidad de atención a personas con discapacidad. Intentaremos explicar cómo la filosofía, desde su vertiente de ética aplicada, nos puede ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas con diferentes discapacidades que viven en servicios de vivienda como la Fundación Pere Mitjans: con el apoyo de profesionales, inmersos en la comunidad y en comunidades de vecinos.

Palabras clave: ética, discapacidad, vivienda, grupo de reflexión, experiencia.

1. El contexto: la Fundación Pere Mitjans

La Fundación Pere Mitjans toma su nombre de Pere, hijo de Miquel Mitjans y Roser Roca, todos ellos miembros de la asociación que se puso en marcha en 1977 con el objetivo de buscar una mayor calidad de vida para las personas con discapacidad. Pere fue un ejemplo de voluntad y superación. Nos dejó cuando hacía pocos años que el proyecto funcionaba y comenzaba a dar frutos. Sus padres, no obstante, nunca desistieron del sueño y aún hoy continúan en la primera fila de la fundación, que lleva el nombre de su hijo como recordatorio permanente de que su misión no puede estar centrada más que en las propias personas a quienes pretende ser útil.

La Fundación Pere Mitjans se define como una entidad proveedora de apoyos a las personas con discapacidad para que puedan conseguir el máximo

desarrollo individual y social y la mayor autonomía personal para llevar a término su propio proyecto de vida con independencia y libertad.

La Fundación Pere Mitjans asume en todos sus actos los principios de inclusión social y de autodeterminación, y entiende que todas sus actuaciones han de dirigirse a la transformación social que permita la convivencia de todas las personas en un marco de justicia y solidaridad. A la vez, dota a la persona con discapacidad de recursos personales, culturales, económicos y sociales que posibiliten su acceso a una calidad de vida normalizada y en espacios que utiliza el conjunto del cuerpo social. Ofrece a cada persona los apoyos que esta necesita, promoviendo que tome decisiones propias de manera informada y responsable.

La misión de la entidad es poner al alcance de las personas con discapacidad y de sus familias recursos y apoyos personales y de todo tipo, para que puedan desarrollar un proyecto de vida de calidad, como ciudadanos y ciudadanas de pleno derecho.

Actualmente, la Fundación Pere Mitjans gestiona los siguientes servicios para dar apoyo a las personas con diversidad:

SERVICIOS DE ATENCIÓN DIURNA		SERVICIOS DE VIVIENDA	
Nombre del servicio	Plazas	Nombre del servicio	Plazas
1. Servicio de terapia ocupacional Andrade	28	1. Vivienda Tzara 1	6
2. Servicio de terapia ocupacional Prim	25	2. Vivienda Tzara 2	6
3. Servicio de terapia ocupacional Clot	17	3. Vivienda Espronceda	6
4. Servicio de terapia ocupacional Casa Boleda	24	4. Vivienda Granvia	6
5. Centro Atención diurna La Marina	18	5. Vivienda Sàsser	10
6. Centro especial de empleo Odisseny	5	6. Vivienda Poblenou	10
Total	117	7. Vivienda Porxos	10
		8. Vivienda Verneda	8
		9. Vivienda Gornal	10
		10. Vivienda Pere Mitjans i Roca	8
		11. Servicio de asistente personal	6
		Total	86

Una característica diferencial de la entidad es el hecho de que proporciona vivienda a personas con discapacidades graves y necesidades de apoyo extenso y generalizado en servicios pequeños y en comunidades de vecinos.

Las personas usuarias de los servicios de vivienda tienen una media de entre 45 y 60 años, son mayoritariamente hombres, y la discapacidad más relevante es la intelectual, aunque varias personas son clasificadas con pluridiscapacidad. La mayor parte de personas tienen necesidad de apoyos extensos y generalizados.

En cuanto a trastornos mentales y trastornos de conducta diagnosticados por servicios médicos, el porcentaje está alrededor de un 20%. Este valor está por debajo de lo esperado según estudios epidemiológicos, seguramente por las dificultades de diagnóstico de salud mental en las personas con discapacidades intelectuales graves.



Los estudios de prevalencia de trastornos mentales y trastornos de conducta en la población con discapacidad intelectual indican que los primeros suponen alrededor de un 28,3 % de las personas y, cuando también se tienen en cuenta los

trastornos de conducta, suponen a un 40,9 % de la población con discapacidad intelectual.

Discapacidad intelectual	Trastorno mental	% N=1023
	Sin trastorno de conducta	28,3 %
	Con trastorno de conducta	40,9 %

Fuente: Cooper *et al.*, 2007.

Los valores nos indican que estas personas necesitarán apoyos para desarrollar una vida *lo más normal posible* tanto en los aspectos relacionados con la discapacidad como en los aspectos relacionados con el área conductual y de salud mental.

En la atención diaria, en la organización de los apoyos y en la estructuración de los servicios se nos plantean cada vez más conflictos, sobre todo entre los deseos, preferencias e intereses de las personas y el encargo institucional.

La entidad, como institución, tiene el encargo de proporcionar alojamiento, manutención, desarrollo personal, inclusión social y... cuidado de la salud.

En el caso de las personas que deciden abusar de sustancias dañinas para su salud –como el alcohol, el café, la sal–, cuando los profesionales que ofrecen los apoyos, la dirección del servicio o la entidad creen que no pueden contribuir a este abuso, se produce un conflicto de intereses que acaba siendo un conflicto ético.

En nuestra entidad, además, intervienen también los intereses de los tutores legales cuando la persona se encuentra en situación de incapacitación, lo cual contribuye a menudo a un mayor problema.

La fundación tiene una cultura y una ideología que promueve el acercamiento: intentamos situarnos frente a las personas como tales, dejando de lado diagnósticos y discapacidades. Procuramos ponernos delante de las personas con la actitud de escucha activa y observación del otro para entender, ver, investigar y en ocasiones *interpretar* lo que la persona quiere o no, le gusta o no. Pero se necesitan nuevas herramientas para promover otros puntos de vista que permitan

generar nuevas ideas y reflexiones. Con esta motivación se ha configurado un espacio de reflexión ética: el equipo de reflexión ética en servicios sociales de la fundación.

2. La creación de un espacio de reflexión ética

En el año 2013 la entidad organizó un curso de formación en ética aplicada a las entidades de servicios sociales, a cargo del Observatorio de Ética Aplicada. Su duración fue de 25 horas.

La asistencia al curso fue voluntaria y la realizaron 24 personas trabajadoras de la entidad, tanto de los servicios de vivienda, centros ocupacionales y de atención diurna, como del equipo técnico y personas del equipo de sustitutos.

Después del curso, se invitó a formar parte del espacio de reflexión ética de la entidad a las personas interesadas, también de forma voluntaria.

Se constituyó el espacio, que empezó a reunirse aproximadamente cada dos meses. Actualmente el grupo continúa, formado por profesionales de todos los ámbitos de la entidad: vivienda, centros de atención diurna, equipo técnico y de coordinación y personas sustitutas. Nos parece que esta característica es importantísima para asegurar que las reflexiones y posibles acuerdos del grupo tengan repercusión en la facilitación de apoyos y en los planes individuales de las personas usuarias.

El grupo aprobó un reglamento de funcionamiento interno. Los miembros del grupo aportan los casos a trabajar. El espacio cuenta, gracias a la colaboración del Consorci de Serveis Socials de Barcelona, con la inestimable colaboración de un experto que lo guía en el proceso deliberativo.

En las sesiones se intenta respetar el orden de trabajo: se inicia la sesión con la exposición del caso y la presentación del conflicto, siguen el debate o deliberación y las conclusiones o acuerdos.

Las conclusiones son trasladadas por los miembros del grupo a cada equipo de trabajo donde están ubicado. Cada equipo dispone de un espacio y tiempo semanal para reunirse, y es en este espacio donde se realiza el intercambio de información. A veces, en los equipos se vuelve a debatir la cuestión y es laborioso llegar a los mismos acuerdos. Finalmente, estos se llevan a la práctica y la persona usuaria recibe los apoyos acordados.

En las situaciones tratadas hasta el momento ha surgido sobre todo la dicotomía paternalismo/abandono, en la que el primero correspondería a aquella intervención que no deja lugar a la autodeterminación de la persona usuaria, y el abandono se ubicaría en el otro extremo, cuando no se realiza ninguna intervención. Se han tratado los conceptos de ayuda y libertad, entre los que se tienen que situar equilibradamente los apoyos que desde la entidad se ofrecen a las personas.

La fraternidad institucional también ha sido comentada como un aspecto a trabajar en la relación entre iguales entre las personas usuarias de los servicios.

Otro objetivo que nos hemos propuesto consiste en posibilitar que cada persona elabore un plan anticipado de decisiones en el que tienen cabida el documento de voluntades anticipadas. Es una manera de empoderar a personas con grandes dependencias y ha sido una herramienta eficaz para mejorar la calidad de vida de algunas personas que viven en la entidad.

Poco a poco se van realizando cambios que influyen en la cultura de la entidad y que contribuyen a obtener el resultado que se persigue desde la Fundación Pere Mitjans, que es ofrecer un entorno con todo tipo de apoyos que permitan a las personas con discapacidades graves o diversidad funcional tener una vida plena de acuerdo con sus preferencias y deseos, tomando decisiones de forma autodeterminada.

3. Epílogo: ejemplo de un caso

Se expone el caso de una persona con diversidad funcional física, con tetraplejia, de 64 años, que se desplaza en silla de ruedas eléctrica. El origen de la discapacidad es

en el nacimiento. Es una persona incapacitada legalmente debido a sus discapacidades.

La situación es que durante años ha abusado del alcohol: no ha podido realizar actividades diarias, se ha relacionado con insultos y malos tratos verbales con compañeros y profesionales, ha tenido mala relación con la familia, estado depresivo, falta de motivación, actitud irritable, irascible e intolerante.

Las intervenciones del equipo de atención directa se basaron durante años en la reflexión, la toma de conciencia de la propia situación, en compensar la buena actitud del usuario con la utilización de la silla de ruedas eléctrica como refuerzo positivo, etc.

El conflicto ético se concretizó en la siguiente cuestión: ¿es ético obligar a esta persona a utilizar la silla manual para evitar que vaya a consumir alcohol, y forzarla a dejar de beber si la ella no quiere?.

Parecía que había dos opciones: o bien se respetaba su decisión y autonomía y no se intervenía, o bien se intervenía *obligando* a esta persona a no beber, a no salir sola y a asistir a un centro de día, estableciendo rutinas cotidianas de alimentación, higiene y actividades.

La deliberación nos llevó a ver que una persona incapacitada judicialmente no es necesariamente una persona incompetente para tomar sus propias decisiones. Se decidió intentar averiguar, una vez más, las posibles causas de sus acciones y buscar soluciones tanto en el entorno comunitario (profesionales de los centros de atención primaria y de salud mental, medicina alternativa, etc.) como en los apoyos naturales de amigos y familiares. Se potenció al máximo que el usuario fuera el propio protagonista de su plan de intervención, a partir de la aceptación de sus propias limitaciones y evitando la creación de falsas expectativas. Se apoyó el planteamiento y desarrollo de proyectos personales con el compromiso de continuidad. Se dieron apoyos para que la persona realizara su plan anticipado de decisiones, la persona pudo establecer nuevas rutinas, se rescataron vínculos con apoyos naturales (familiares y amigos), se anticipó con la persona qué hacer en caso

de recaída en el consumo de alcohol, y se empoderó su toma de decisiones respecto a cómo vivir su vejez.

En la Fundación Pere Mitjans nos parece que el principio de participación en las entidades que prestamos apoyos a personas se debe tener en cuenta al máximo: la participación de todas las personas en aquello que les afecta, es una muestra de reconocimiento y un instrumento esencial para la consecución de los objetivos que cada uno se plantea en su proyecto de vida. El usuario debe ser el principal protagonista.

BIBLIOGRAFÍA

- CANIMAS, Joan. «¿Cómo afrontar problemas éticos intermorales?», en *Cuadernos de pedagogía*. 2012, núm. 420.
- Consorci de Serveis Socials de Barcelona. Grup de Reflexió d'Ètica Aplicada. *Diversitat funcional, afectivitat i sexualitat: algunes qüestions que plantegen les relacions afectives i sexuals de les persones amb diversitat funcional amb necessitats de suport extens o generalitzat que viuen en residències*. Barcelona: Observatori d'Ètica Aplicada a la Intervenció Social, 2013.
- COOPER, Sally Ann, *et al.* «Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors», en *British Journal of Psychiatry*. 2007, núm. 190.
- Fundació Pere Mitjans. *Document d'organització interna de la Fundació Pere Mitjans*. Barcelona: Fundació Pere Mitjans, 2008.
- GILLIGAN, Carol. *La ética del cuidado*. Barcelona: Fundació Víctor Grífols, 2013.
- Grup de Treball sobre la Qualitat en els Comitès d'Ètica Assistencial. *La qualitat en els comitès d'ètica assistencial*. Barcelona: Comité de Bioètica de Barcelona, 2013.
- HERNÁNDEZ S, y POSADAS, G. «La gestión de la calidad en organizaciones», en *Libro de ponencias: Jornadas sobre la calidad de vida de las personas con discapacidad: ¿de que depende?.* Barcelona: Fundació Pere Mitjans, 2007.
- MOURE, María José. «Un mètode de deliberació sobre problemàtiques ètiques per a professionals del treball social» [tesina de Màster d'Ètica Aplicada a la Intervenció Social]. Barcelona: Universitat de Barcelona, 2012.
- PELEGRÍ, Xavier. «Ética de las organizaciones de servicios sociales», en *Cuadernos de trabajo social*. 2013, vol. 26, núm. 1 y 2.
- RAMOS, Josep, y GABALDÓN, Sabel. «La confidencialitat en l'àmbit de la discapacitat intel·lectual i la malaltia mental», en *Bioètica i debat*. 2012, vol. 18, núm. 67.

SCHALOCK, Robert, y VERDUGO, Miguel Ángel. *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza, 2003.

VALOIS, María del Carmen. «Intimidad, confidencialidad y dilema ético: a propósito de un caso», en *Portularia. Revista de trabajo social*. 2011, vol. 11, núm. 2.

LA SALUD MENTAL De un modelo rehabilitador a un modelo social

Marc Martí

Resumen

La crisis económica y estructural de las sociedades neoliberales ha hecho resurgir un debate latente en la conceptualización de la discapacidad derivada de un trastorno mental. Así, organismos como la Organización Mundial de la Salud y la Agencia de Salud de la Unión Europea proponen un cambio radical en el discurso político y social relacionado con la salud mental: crear nuevas instituciones conceptuales y formales de atención y empoderamiento de las personas diagnosticadas con un trastorno mental, y conformar de esta manera un modelo social o de derechos. El objetivo de esta comunicación es la aproximación teórica e institucional al modelo social de la diversidad mental. Para ello se ha realizado una revisión bibliográfica sistemática en los principales motores de búsqueda académica, encontrándose 44 artículos relacionados con el modelo social y sus instituciones formales.

Palabras clave: salud mental, discapacidad, diversidad funcional, modelo rehabilitador, modelo social.

El presente artículo se originó a partir del trabajo final del máster universitario de Ciudadanía y Derechos Humanos, titulado «El Café Filosófico: una institución del modelo social de la diversidad mental». Este trabajo permitió comprobar cómo, a lo largo de la historia, las diferentes políticas sanitarias han comportado diferentes abordajes en relación a la salud mental. Actualmente se encuentran en un momento de cambio radical del paradigma institucional y, por tanto, de las profesiones que se desarrollan a partir de la enfermedad. Se trata del movimiento de la rehabilitación al modelo social, del objetivismo al subjetivismo.

Hannah Arendt (en Birulés, 2012) explica que la identidad tiene que ver con la natalidad, con el acto de estar vivo y que se significa con el no poder resistirse a la autoexhibición. El parecer algo se corresponde con el hecho de la apariencia percibida por una pluralidad de espectadores: al mismo tiempo somos sujetos perceptores y objetos percibidos actuando en un escenario-contexto, de modo que, en el mundo, la ley es la pluralidad.

La pluralidad es entendida como algo más que simple alteridad: tiene que ver con distinción, por lo que se muestra a partir de la acción y el discurso, propio de la especie humana. Y en la medida que la pluralidad es distinción y singularidad, en el medio público es identidad.

Acción y discurso quedan estrechamente ligados, ya que la acción humana debe contener la respuesta a la pregunta *¿quién eres?*, en contraposición al *¿qué eres?* de la sustancialidad. A partir de la respuesta a *quién* como narración entre individuos, la política es plural, pensada como un espacio de comunicabilidad entre sujetos que deliberan y discuten conjuntamente desde una heterogeneidad irreductible.

Esta respuesta dialéctica al *¿quién eres?* en el contexto social es la que determina la disparidad de trato respecto de las personas que no entran en los cánones de normalidad del imaginario colectivo de una sociedad determinada. Así, a partir de este hecho se generan identidades negativas como la del poseído, el loco, el vagabundo o el paciente psiquiátrico; e identidades más positivas como la de la persona discapacitada por un trastorno mental y con limitaciones.

1. El modelo rehabilitador

El modelo rehabilitador nace en el mundo anglosajón a partir de los años 60 y 70 del siglo XX. Este movimiento político surgió de la inquietud de los profesionales que atendían a las personas institucionalizadas en manicomios u hospitales psiquiátricos. Reivindicaban un trato más humano para sus pacientes y un mayor protagonismo de estos en su propio cuidado (Alcoberro, 2014).

A partir del experimento de Rosehan en 1973, donde se probaba la ineficacia de las reclusiones terapéuticas, se produce la paulatina desinstitucionalización de las personas ingresadas en los hospitales (Alcoberro, 2014). Este *cierre* de los centros psiquiátricos comportó dos nuevas realidades indiscutibles: la asunción de la cura de la persona por parte de la familia y la creación de nuevas instituciones que compusieran una red social y sanitaria que abarcaran la atención a estas personas en los diferentes medios sociales. Así pues, la psiquiatría precisa de la emergencia de nuevas profesiones especializadas en el ámbito de control y contención social, tales como la enfermería de salud mental, el trabajador social, la terapia ocupacional... Poco a poco se crea un nuevo concepto: la rehabilitación psiquiátrica o psicosocial (Castillo, 2007).

Este nuevo modelo de terapia se basa en una forma epistemológica transversal o interdisciplinar, ya que la práctica de la rehabilitación florece del concepto implícito de la causalidad terapéutica, esto es, de que la enfermedad mental es algo que hay que solucionar. Consecuentemente, la base del modelo consiste en fundamentar el conocimiento en saber qué se conoce y, por tanto, en el acto científico.

La metáfora o identidad que utiliza este modelo respecto de las personas con problemas mentales está estrechamente ligada al tratamiento moral de base humanista de finales del siglo XVIII. Se cree que a partir de la recuperación de hábitos estructurados, un tratamiento farmacológico y el trabajo, la persona podrá normalizar la vida. De este modo, se reinsertará en la sociedad, que es el objetivo clave de la rehabilitación (Álvarez-Uría, 1983).

A nivel terminológico, las palabras que denominaban anteriormente a estas personas, como *loco*, *enfermo* o *paciente*, han dejado lugar a las más recientes *usuario* o *cliente*, que aluden a una necesidad de consumo de servicios y tratamientos que han demostrado eficacia científica (Foix, 1996).

2. Crítica al modelo rehabilitador

Actualmente se percibe una disrupción entre el modelo rehabilitador y la realidad en la que viven estas personas a nivel social. Este hecho se nota, en primer lugar, en que el modelo político responde a la pregunta *¿quién eres?* con criterios ideales de los individuos con una funcionalidad o capacidad plena. Así pues, todos aquellos que son diferentes del capaz se convierten en incapaces, minusválidos o inválidos: se marca a las personas con categorías de identidad estigmatizadoras y negativas que determinan sus vidas a nivel social y económico (Cazorla, 2014).

Por otro lado, esta nueva identificación política se presenta determinada por varemos y graduaciones objetivas que dictaminan el grado de discapacidad (desde el 31 % al 150 %) y, por tanto, los recursos materiales, institucionales y económicos de que la persona podrá disponer para vivir. Teniendo en cuenta que las personas con trastorno mental severo son en su mayoría jóvenes cuando debutan en la enfermedad y que, por tanto, tienen una corta vida laboral, se observa que percibirán (con suerte, en el momento actual de crisis) una pensión no contributiva que va desde 98,48 euros a un máximo de 365,90 euros repartidos en 14 pagas (Generalitat de Catalunya, 2014). Se puede predecir, pues, que se encuentran por debajo del umbral de la pobreza.

Para finalizar con la crítica del modelo rehabilitador, hay que destacar la incongruencia, a nivel judicial, entre la reacción al empoderamiento de las persona y su compensación mediante la concreción de una legislación más férrea sobre estas figuras incapacitantes. En este sentido, se observa la evolución de la incapacidad legal: se parte de la incapacidad tutelada del modelo de los manicomios, y, con la aparición de nuevas necesidades, el derecho civil se desarrolla hacia una graduación de la capacidad que promulga reformas sustanciales en la mayoría de países. En el derecho español, la primera modificación importante se produce con la Ley de reforma del Código Civil (Ley 13/1983), en materia de tutela, que dio lugar a una nueva redacción de los títulos IX, «De la incapacitación», y X, «De la Tutela, de la curatela y de la guarda de menores o incapacitados», del libro I. Esto produjo que el art. 200 del Código Civil estableciera que «son causas de incapacidad las

enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que no permitan a la persona gobernarse por sí mismo» (en Pérez Vargas, 2011). Estos cambios hicieron virar radicalmente el sistema basado en la tutela familiar hacia la tutela de la autoridad científica, es decir, que la familia y la persona queda relegada a la decisión del juez, que determina la capacidad por medio de sentencia, de acuerdo a la valoración de los peritos judiciales. Recientemente, el 20 de septiembre de 2013, se ha aprobado el proyecto de reforma del Código Penal español por el Consejo de Ministros. En este proyecto se explicita que cualquier persona con un diagnóstico psiquiátrico puede ser internada indefinidamente si se valora que es peligrosa para la sociedad.

3. El modelo social

El movimiento social o de *vida independiente* es la innovación del futuro para rebatir la situación planteada hasta este momento con relación a la disparidad en el funcionamiento. Su inicio se encuentra en EE.UU., en el movimiento de vida independiente, sobre todo en relación a la diversidad funcional física.

En la actualidad se ha empezado a experimentar e investigar sobre el campo de la diversidad funcional por razones mentales. El mundo anglosajón (EE.UU., Canadá y Reino Unido) es el más productivos en este campo. Este hecho está produciendo una verdadera revolución en relación al mundo de la discapacidad (Palacios *et al.*, 2010).

A nivel institucional, los mayores impulsores son: (1) la nueva Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), aprobada en la 54ª Asamblea Mundial sobre Salud del 22 de mayo de 2001; (2) la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, ratificada por la mayoría de Estados miembro de la ONU del 30 de marzo de 2007, que propugna la promoción, protección y asegurar el disfrute pleno y en igualdad de condiciones de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad; y (3) el Real Decreto Legislativo 1/2013 de 29 de noviembre por el que se aprueba el

texto de la Ley General de Derechos de las personas con discapacidad y su inclusión social.

La base ideológica son los principios de la vida social, debido a que el razonamiento de la problemática de las personas con trastorno mental ya no se hace sobre ellas mismas sino que se produce un traslado de la negatividad al contexto social (Palacios *et al.*, 2006). Es decir, se produce una positivización de la identidad de la persona por encima del estigma social, de modo que es en toda la comunidad donde, mediante la participación activa, se vive y se convive con la diferencia como un hecho real, responsable y dinámico.

Las ideas fuerza de este modelo son: (1) la discapacidad por diversidad mental es un fenómeno universal que no precisa de políticas y acciones especiales; (2) la comprensión de la discapacidad prevé una compleja interacción entre la persona, los factores personales y el ambiente o contexto; (3) la diversidad mental de una persona y su funcionalidad deben entenderse en un contexto diatópico, de acuerdo con su edad y su cultura; (4) la autodeterminación de la persona como criterio en el funcionamiento vital y la personalización de los servicios de atención a ella; y, por último, (5) la no discriminación de la persona en su entorno comunitario en referencia a la igualdad de derechos. Todas estas ideas fuerza se resumen en el lema que se ha propuesto como bandera de este modelo de atención de la discapacidad: *nada de nosotros sin nosotros*.

El debate de este modelo político queda abierto en el ágora, pues la pregunta *¿quién eres?* tiende a tener tantas respuestas como personas forman la comunidad. Esta ampliación de la participación supone una innovación con la creación de nuevas instituciones formales y simbólicas más allá de las que se encuentran en la actualidad. Así pues, se entiende el cuidado de las personas con diversidad mental como un sistema abierto, dinámico y trascendental que se puede dar tanto en sitios reglados como en otros no ortodoxos, hecho que supone un cambio profundo y radical de las profesiones de cuidado y atención de estas personas (Carbonell, 2014).

En lo que respecta a la terminología, este paradigma renuncia a las palabras tradicionales como *enfermo mental*, *usuario* o *cliente*, en pro de una semántica más respetuosa y positiva, poniendo por delante siempre el concepto de persona y resaltando los aspectos positivos. Así pues, la clasificación internacional ya mentada propone un nuevo universo terminológico, enfatizando los términos *participación* (acto de involucrarse en una situación vital) y *actividad* (realización de alguna acción), que entienden al paciente como una persona con limitación/es en ciertas actividades y con barreras o restricciones en la participación (CIF, 2010). Por tanto, ya no se habla de *terapias para*, sino de *facilitadores en* o *soportes para*, que ofrecidos a mayor o menor intensidad mejoran la vida de la persona y su funcionalidad.

Por tanto, el modelo social de la diversidad mental apunta a un cambio actitudinal y político de las comunidades hacia las limitaciones y barreras de las personas, creando un conjunto de nuevas identidades que se basan en los presupuestos ideológicos siguientes:

- 1) El individuo que tiene una limitación o barrera es una persona y, por lo tanto, tiene pleno derecho para tomar decisiones sobre su propia vida. Esta nueva comprensión interpela a la comunidad a entender que no es necesario protegerse o apartarse de este individuo, ya es uno más de nosotros y, por lo tanto, parte del conjunto valioso de la humanidad.
- 2) Este ser humano es sujeto de dignidad como valor intrínseco de su condición de ser humano, independientemente de las condiciones económicas, culturales, de salud, etc.
- 3) Merece el respeto y la consideración de la comunidad por su vulnerabilidad absolutamente aleatoria (no es su responsabilidad), que se deberá compensar con apoyo y ayudas en la toma de decisiones sobre su plan de vida.
- 4) Se debe superar el hábito de hablar de estas personas como locas o enajenadas, basándose en que presentan una sinrazón total, idea que se ha demostrado falsa.

- 5) En la intervención de los profesionales que lo atienden, es necesaria una profunda implicación subjetiva. Se trata de acercarse, desde la empatía, a la persona y a sus limitaciones y/o barreras por diversidad mental, como quien se acerca a un igual que tiene derecho a disfrutar de una vida que valga la pena ser vivida.

4. Conclusión

Los modelos políticos de atención a la discapacidad por razones de diversidad mental determinan la calidad de vida de las personas que las padecen y, por ende, el resto de la comunidad se verá afectada por ello.

El modelo rehabilitador, en su contexto histórico, fue un modelo rompedor y necesario para la mejora de la vida de las personas institucionalizadas. Sin embargo, en el momento actual resulta menos eficaz y genera la frustración en el sistema sanitario, social y familiar, hecho que está provocando la marginalidad y el estigma de estas realidades.

El modelo social, basado en la autodeterminación, la igualdad efectiva de derechos y de participación, y el cambio de paradigma donde la responsabilidad de las situaciones problemáticas se asume por parte del contexto, es la innovación política emergente en el mundo global actual. Este modelo permite y centra la investigación en la subjetividad del individuo como experto válido de su vida, de sus barreras y limitaciones. Este hecho propugna un cambio radical en las profesiones de cuidado.

BIBLIOGRAFÍA

- AGAMBEN, Giorgio. *Homo sacer: el poder soberano y la nuda vida*. Valencia: Pre-textos, 1998.
- ALCOBERRO, Ramón. «L'Antipsiquiatria... i si la Bogeria no existís? » [en línea, consulta: 25 d'agost de 2014]. Disponible a: <<http://www.alcoberro.info/planes/psico15.htm>>.

- ÁLVAREZ-URÍA, Francisco. *Miserables y locos. Medicina mental y Orden Social en la España del siglo XIX*. Barcelona: Tusquets, 1983.
- American Psychiatric Association. *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington DC: APA, 2013.
- GRIFFITHS, Cristopher. «The EMILIA project: The impact of a lifelong learning intervention on the sense of coherence of mental health service users», en *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*. 2009, vol. 14, núm.1.
- BAUMGARTNER, Joy Noel, y SUSSER, Ezra. «Social Integration in global mental health: what is it and how can it be mesurated?» en *Epidemiology and Psychiatric Science*. 2013, vol. 22, núm. 1.
- BIRULÉS, Fina. «Hannah Arendt: modernidad, identidad y acción», en *Pensar las diferencias*. Barcelona: Universidad de Barcelona, 2012.
- BUSQUETS, Josep Maria. *L'atenció sanitària i la perspectiva ètica dels canvis*. Barcelona: Proteus, 2014
- CANTERO, Mónica, y GARCÍA, José Rodrigo. «Consideraciones en torno al movimiento alienista y el tratamiento moral», en *Uaricha. Revista de Psicología*. 2010, núm. 14.
- CARBONELL, Efrén. «Discapacitat intel·lectual. D'un model rehabilitador a un model de drets», en *Bulletí del Comitè de Bioètica de Catalunya*. 2014, núm.14.
- CASTILLA DEL PINO, Carlos. Historia crítica de la Psiquiatría del s. XX. Una mirada biográfica, en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2007, vol. 27, núm.1.
- CAZORLA, Josep. «Las relaciones sociales en salud mental: Estudio sobre la percepción del impacto de las relaciones sociales en la mejora de la autonomía de las personas con diversidad mental y la relación con el trabajo social», en *Cuadernos de Trabajo Social*. 2014, núm. 21.
- EMILIA Project. «Polítical ideology, helping mecanisms and Empowerment in Mental Health Self-Help/ Mutual Aid Grup», en *Journal of Community & Applied Social Psychology*. 2002, vol. 12, núm. 4.
- FOIX, Jordi. «Concepte i Pràctica de la rehabilitació psicosocial en Salut Mental», en *Jornades de reflexió al voltant del saber de l'educador social*. Barcelona: 1996.
- GONZÁLEZ, José L. «Evolución Histórica de la Psiquiatría», en *Psiquis*. 1998, vol. 19, núm. 5.
- HIKEY, Gary, y KIPPING, Cheryl. «Exploring the concept of users involvement in mental health throught a participation continuium», en *Journal of Clinical Nursing*. 1998, vol. 7, núm1.
- LEAL, José. «Salud mental y diversidad(es): trabajar en red», en *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*. 2005, vol. 16, núm. 60.

- LORENTE, Belén, y ZAMBRANO, Carlos V. «Reflexividad, Trabajos Social comunitario y sensibilización en derechos», en *Cuadernos de Trabajo Social*. 2010, vol. 23.
- MAZEAUD, Henri. «Le droit face aux progrès de la science médicale», en *La responsabilité scientifique*. Paris: Académie des Sciences Morales et Politiques, 1984.
- NELSON, Geoffrey, *et al.* «Empowerment and Mental Health in community», en *Journal of Community & Applied Social Psychology*. 2001, vol. 11, núm. 2.
- Organización de las Naciones Unidas. *Convention on the rights of persons with disabilities*. Nueva York: ONU, 2006.
- Organización Mundial de la Salud. *International Classification of functioning, disability and health. Short version*. Geneva: OMS, 2010.
- PALACIOS, Agustina, *et al.* «The diversity approach» [en línea]. 2006 [consulta: 20 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://diversocracia.org/docs/Diversity_approach_overview.doc>.
- PALACIOS, Agustina, *et al.* «Functional Diversity, Bioethics and Sociological Theory: a New Approach to Disability», en *Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*. 2012, vol. 6, núm. 1.
- PÉREZ DE VARGAS, José. «Las reformas del Derecho Español en materia de autotutela y de poderes preventivos», en PÉREZ DE VARGAS, José (Coord.), *La encrucijada de la incapacidad y la discapacidad*. Madrid: La Ley, 2010.
- RAMOS, Esteban A. «Las metodologías participativas desde la perspectiva sociopráctica», en *Encrucijadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales*. 2012, núm. 4.
- RODRIGUES, Jefferson, *et al.* «Associação dos usuários de um centro de atenção psicossocial: desvelando sua significação», en *Texto Contexto. Enfermagem*. 2006, vol. 15, núm. 2.
- SERRANO, Mercedes. (2014). «Grupo de pensadores: narrativas y subjetividades en torno a la salud mental», en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 34, núm. 123.
- SZAZS, Thomas. «The Myth of Mental Illness», en *American Psychologist*. 1960, núm. 15.
- VÁZQUEZ, Carmelo, *et al.* (2002). «Epistemología de la rehabilitación», en VERDUGO, Miguel Ángel, *et al.* (Eds.), *Rehabilitación en salud mental: Situación y perspectivas*. Salamanca: Amarú Ediciones, 2002.

SALUD MENTAL EN PROFESIONALES SANITARIOS

Marina Escofet, Mireia Tremoleda y Maialen Martínez

Resumen

La labor de los profesionales de la salud mental se enmarca en el modelo jerárquico, y a menudo injusto, que rige las relaciones humanas en la actualidad. El artículo analiza las consecuencias de este modelo en la cotidianidad del profesional de la salud mental, los factores de riesgo para los médicos residentes y las problemáticas derivadas de la falta de entendimiento y/o respeto entre colegas. Se han también referenciado las orientaciones de los códigos deontológicos y se formulan propuestas de mejora.

Palabras clave: salud mental, profesionales sanitarios, riesgos laborales, coordinación.

1. La salud contextualizada en una sociedad capitalista y oligárquica

Creemos importante empezar analizando en su globalidad y de manera sencilla esta sociedad compleja en la que habitamos. Si entendemos la salud desde una perspectiva biopsicosocial, no podemos obviar que actualmente la salud está sirviendo a los intereses de una sociedad organizada para y por el poder del capital y los estados oligárquicos.

Aunque la tarea de los profesionales de la salud se oriente a intervenir en el ámbito social y de las personas, esta relación se enmarca en y reproduce el modelo jerárquico de las relaciones humanas en el que se sustenta la sociedad actual. Ejemplos de estas jerarquías, que causan malestares profundos y relaciones injustas, los encontramos primeramente en nuestra cotidianidad: en las relaciones interprofesionales (por ejemplo, el rol del jefe de servicio, la desigualdad en el trato entre compañeros del ámbito de la salud dependiendo de su especialización, título

universitario, etc.) y en la relación que los diferentes profesionales establecemos con los usuarios. Pero también los encontramos a nivel más macro, en lo que podemos llamar la jerarquización de las políticas de salud, que se refleja en que unos pocos toman decisiones que afectan al resto de lo que llamamos comunidad sanitaria (profesionales del ámbito público y usuarios). Los protocolos están elaborados de arriba para abajo (aunque a veces se camuflen con supuestas comisiones participativas). Hay una clara tendencia al desarrollo productivista ilimitado (no sostenible), sin tener en cuenta el marco general al que la globalización nos ha empujado, donde nuestras decisiones y acciones afectan de forma negativa, directa o indirectamente, a otras partes de la humanidad. Aunque existen comisiones de salud en los barrios, pueblos y municipios, estas no tienen poder de acción y decisión real, pues es en las grandes esferas de los hospitales, los ministerios y las farmacéuticas donde se toman las decisiones y se orienta el rumbo actual del sistema sanitario.

En este contexto, pues, nos centraremos en analizar las repercusiones micro: aquellas que, como ya avanzamos, afectan a nuestra cotidianidad, a la relación entre especialistas, entre profesionales de distintos ámbitos de la salud, a la relación con los usuarios, etc. Si bien nos centraremos en este ámbito micro, no queríamos dejar de enfatizar y explicitar que no habrá cambio bioético posible sin un verdadero cambio de raíz, profundo y radical de las organización sanitaria actual que acompañe al cambio cotidiano.

Por eso queremos recalcar que, para que haya una verdadera ética médica y bioética justa, también tiene que haber una nueva ética social. Y el camino del médico consciente de ello debería ser el de impulsar y materializar este cambio en su entorno inmediato, los centros sanitarios públicos.

2. La salud del médico residente

La profesión del médico tiene factores de riesgo psicosocial. Hay factores relacionados con el trabajo: período largo de formación, necesidad de actualización continua de conocimientos, contacto con situaciones emocionalmente impactantes.

Hay factores relacionados con el individuo: elevada exigencia y autocrítica falta de recursos individuales para enfrentarse a las situaciones, relaciones familiares y sociales empobrecidas, poco tiempo para disfrutar de actividades lúdicas y recreativas. Hay también factores relacionados con la organización: incremento constante de la presión asistencial, incremento constante de las tareas burocráticas, alejamiento de la toma de decisiones asistenciales que después afectan a la práctica clínica, poco apoyo y supervisión clínica, poco trabajo en equipo, poco control de las condiciones de trabajo. Además, existe una serie de factores sociales y políticos: incremento del número de denuncias y litigios contra médicos, mayor control político sobre el trabajo, presión de los medios de comunicación. En resumen, la profesión del médico comporta una serie de riesgos psicosociales no poco despreciables.

En el ámbito de esta profesión, el médico residente es especialmente vulnerable a todas estas cuestiones: por la sobrecarga asistencial, las guardias de 24 horas, la presión por parte de los adjuntos y la inseguridad que comporta la inexperiencia. Por todo esto, estos profesionales pueden verse afectados por estrés, *burnout*, sedentarismo..., e incluso de adicción a drogas y benzodiazepinas, e intentos de suicidio.

Son muchos los estudios que alertan sobre el elevado nivel de estrés en la profesión médica en general y, en concreto, en el subgrupo de los médicos en formación. Según un estudio de Firth-Cozens (1999) sobre el nivel de estrés de los residentes, medido a partir del GHQ-12 (*General Health Questionary* de Goldberg), el 32 % de los residentes se encontraban por encima del límite. Esta cifra aumentaba hasta el 42 % en el primer año de residencia, para estabilizarse alrededor del 30 % en los años siguientes. En Cataluña, también con la medición del GHQ-12, una encuesta reciente de la Fundación Galatea (Blancafort *et al.*, 2009) a la población de médicos internos residentes indica que un 30 % estaría en situación de riesgo psicológico.

Estos estudios demuestran que el nivel de estrés entre los profesionales de la salud es superior al del resto de la población, que se sitúa alrededor del 18 %. Firth-

Cozens también describe que, como consecuencia de este estrés, existe la posibilidad de que se presenten situaciones de abuso de alcohol y otras drogas durante el período formativo, así como aparición de psicopatología.

3. La salud de la comunidad, la salud del médico de familia

Ejemplificaremos lo anterior en un caso: el de la señora María. La señora María es una mujer de 65 años, sin alergias medicamentosas conocidas, diabética, dislipémica e hipertensa, con enfermedad pulmonar obstructiva crónica e insuficiencia cardiaca. Hace tres días acudió a su médico de familia por disnea. Este le pautó Furosemida. Al cabo de dos días, la paciente presentó un aumento de su disnea habitual y acudió a urgencias del hospital, donde, después de ser estabilizada, ingresó en planta. Durante la anamnesis, la paciente refirió cuadro de tos y expectoración mucopurulenta, así como aumento de su disnea habitual. Además, presentaba signos de deshidratación e hiponatremia. Durante la visita a planta, el médico responsable comentó:

- *Señora María, usted ha tenido una infección respiratoria que le ha empeorado su patología pulmonar de base.*
- *Pero doctor, si mi médico de familia me recetó unas pastillas para que orinara más...*
- *El tratamiento fue equivocado, tendría que haberle recetado un antibiótico. Ese tratamiento le ha bajado el sodio y la ha deshidratado.*

¿Cómo puede afectar ese comentario a la señora María? ¿Aumentará la confianza en su médico de familia? ¿Confiará más en el médico que la atendió a planta? Probablemente, este comentario hará disminuir la confianza de la señora María hacia su médico de familia, además de decrecer la confianza de la paciente en la medicina general. Puede, incluso, que pida cambio de médico de cabecera.

4. ¿Qué dice el código deontológico al respeto?

El código deontológico promulgado por la Organización Médica Colegial de España y actualizado por última vez en 2011 dice lo siguiente:

Art 37. Los médicos deben tratarse entre sí con la debida deferencia, respeto, lealtad, sea cual fue la relación jerárquica que exista entre ellos.

Art 38. Los médicos se abstendrán de criticar despectivamente las actuaciones de sus colegas. Hacerlo en presencia de sus pacientes, de sus familiares o de terceros es una circunstancia agravante.

Las discrepancias entre los médicos no han de propiciar su desprestigio público. Se evitará el daño o el escándalo, no estando nunca justificadas las injurias a un colega. Se evitarán las polémicas públicas; las divergencias se resolverán en el ámbito profesional o colegial.

El propio código deontológico nos pide que actuemos de forma prudente ante el desacuerdo con otro compañero y que procuremos no hacerle quedar mal nunca. Pero, lo más importante: hablar mal de otro compañero comporta disminuir la confianza (necesaria para el proceso de atención) del paciente; la desconfianza del paciente puede ser mala para él mismo.

5. ¿Por qué este comentario puede afectar negativamente a la señora Maria?

El médico de familia es aquel que da una atención continuada a los pacientes y, por lo tanto, alguien en quien los pacientes deberían poder confiar. Desprestigiar la medicina de familia, igual que desprestigiar a cualquier otro médico, es desprestigiar la medicina en general.

Así, tras la hospitalización, la señora Maria fue finalmente dada de alta. Al darle el alta, además del tratamiento antibiótico y la pauta descendiente de corticoides, se le modificó su pauta habitual de inhaladores y se le recetaron otros más caros y modernos. Se le modificó también la pauta de antidiabéticos orales, con un buen control de hemoglobina glicada, por fármacos asociados, más cómodos de administrar y también más caros. Dos meses más tarde, la señora Maria acudió de nuevo a la consulta de su médico de cabecera. Este, dadas las limitaciones que el sistema le impone sobre qué puede y qué no puede recetar, y dada la maleficencia hacia la paciente (que estaba bien controlada con sus anteriores fármacos), le comentó la opción de volver a su tratamiento crónico anterior. La señora Maria, no

acepta esta opción de ninguna forma y abandona con enfado la consulta. Finalmente, pide cambio de médico de cabecera.

Para reflexionar sobre este caso, habría que remarcar algunos elementos. El médico de familia es el referente principal del paciente y, por lo tanto, tendría que ser un guía de confianza. Las críticas a un colega son una falta de compañerismo y favorecen el malestar laboral. Además, todo médico debería mantener una correcta relación con los otros profesionales de la salud y tener en cuenta las opiniones del resto en lo que refiere al cuidado del paciente.

6. Salud sanitaria: fomentar la crítica constructiva

En la práctica clínica diaria, se oyen numerosas críticas entre pasillos. Críticas de los especialistas a los médicos de familia: porque no se receta el nuevo fármaco del mercado que el cardiólogo había prescrito, o por mandar demasiados pacientes al servicio de urgencias del hospital. Críticas al administrativo, a la enfermera, entre especialistas y de los médicos de familia a los especialistas: por las listas de espera de un año o por no pedir una resonancia magnética hasta pasados seis meses de una lumbociatalgia. Muchas veces hay motivos económico-políticos detrás, pero son críticas al fin y al cabo. Abundan especialmente en el ámbito hospitalario, donde la competitividad, la jerarquía y la soberbia son el pan de cada día.

Estos tres elementos, sumados al trabajo bajo presión con sobrecarga asistencial, pueden afectar grave y directamente a la salud de los profesionales sanitarios, así como a la calidad asistencial de los pacientes atendidos. Buen médico no es solamente aquel científicamente competente o técnicamente brillante. Es aquel que además actúa con compañerismo. Se trata de un compañerismo como sentimiento de amistad espontáneo hacia quien comparte un mismo camino y destino, la dignidad humana de las personas atendidas, con un peso ineludible de responsabilidad. Hablar mal de otro médico es hablar mal de la medicina, y cuidar el prestigio de la profesión forma parte del honor profesional. Compañerismo, horizontalidad y humildad deberían ser nuestras guías. Según dijo Gregorio

Marañón (1981), «Generosidad absoluta, esto es lo que hace respetable la actitud del médico».

BIBLIOGRAFÍA

FIRTH-COZENS, Jenny. «The psychological problems of doctors», en FIRTH-COZENS, Jenny, y PAYNE, Roy (Eds.). *Stress in health professionals: Psychological and organizational causes and interventions*. Chichester: Wiley & Sons, 1999.

BLANCAFORT, Xavier, *et al.* *Estudi sobre la salut dels residents de Catalunya*. Barcelona: Fundació Galatea, 2009.

KOTTOW, Miguel. «La simbiosis entre medicina y filosofía», en *Medicina y Humanidades. Revista de Medicina, Bioética y Filosofía* [en línea]. 2009, núm. 1 [consulta: 13 de julio de 2014]. Disponible en: <http://www.medicinayhumanidades.cl/ediciones/n12009/06_Cienciaymedicina.pdf>.

MARAÑÓN, Gregorio. *Vocación y ética*. Madrid: Espasa Calpe (Austral), 1981.

Organización Médica Colegial de España. *Código de Ética y Deontología Médica* [en línea]. 2011 [consulta: 4 de julio de 2014]. Disponible en: <http://www.1decada4.es/temporal/profsalud/eticaddhh/Codigo_de_Etica_y_Deotologia_Medica.pdf>.

EL TRASTORNO MENTAL COMO PATOLOGÍA EN UN MUNDO LABORAL SIN ÉTICA NI ESTÉTICA

Margarita Tomás y Daniel Acosta

Resumen

A partir de una investigación realizada en la Unidad de Salud Laboral del Vallés, se estudia la evolución de la patología mental de origen laboral, se determinan sus principales causas y se identifican diferentes aspectos éticos. Se reflexiona sobre la buena práctica de la salud laboral y se estipulan sus principios, objetivos y condiciones, así como los principales dilemas éticos con los que ha de lidiar.

Palabras clave: salud mental, salud ocupacional, riesgos laborales, dilemas éticos.

La conducta y la ética de los profesionales de la salud ocupacional se ven influenciadas por los cambios en las condiciones de trabajo, el incremento continuo de la competitividad, la globalización de la economía mundial y la liberalización de los mercados internacionales, el exagerado desarrollo técnico y la introducción masiva de la tecnología.

La práctica de la salud ocupacional debe realizarse de acuerdo con los estándares profesionales más altos y los principios éticos más rigurosos. La integridad en la conducta profesional, la imparcialidad y la protección de la salud han de ser la base de los *principios de no maleficencia y de equidad*.

Fundamentalmente estos son los principios que rigen el estudio que realizamos en la Unidad de Salud Laboral del Vallés y que presentamos en el contexto del marco del Congreso de Bioética. Los objetivos de esta investigación se centran en el estudio de la casuística recogida sobre el trastorno mental relacionado con el puesto de trabajo:

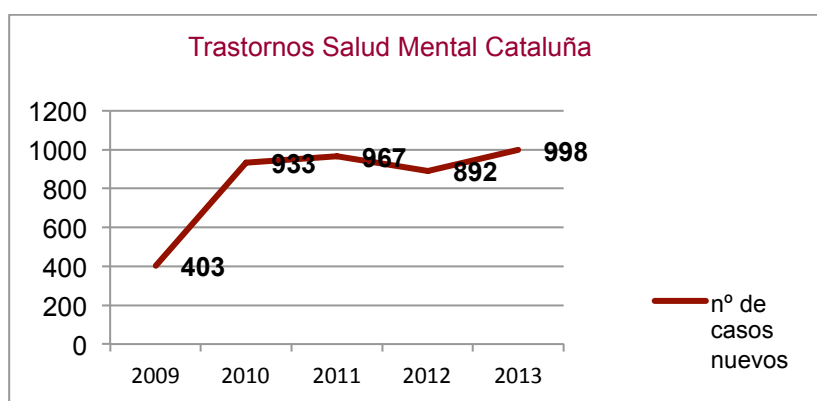
- 1) Conocer la evolución de la patología mental en relación con el trabajo.
- 2) Determinar las principales causas de trastorno mental en el mundo laboral.
- 3) Identificar aspectos éticos relacionales en salud laboral y valorar su impacto en la salud mental de la persona trabajadora.

Antes de profundizar, cabe destacar que las unidades de salud laboral cumplen tres funciones básicas:

- 1) Coordinación entre todos los dispositivos de salud laboral de la red sanitaria pública.
- 2) Formación y asesoramiento en salud laboral.
- 3) Vigilancia epidemiológica de la patología laboral.

1. Evolución, diagnóstico y agentes provocadores de riesgo psicosocial

En relación al trastorno mental en Catalunya, podemos afirmar que el número de casos ha aumentando notablemente en los últimos cinco años, pasando de un total de 403 casos en 2009 a 998 casos en 2013¹³:

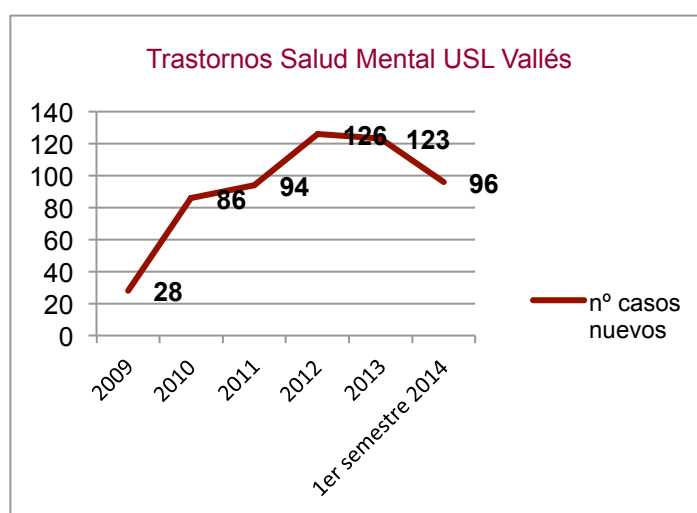


Hay que señalar que estos datos únicamente incluyen los casos registrados y, por lo tanto, identificados como riesgo psicosocial. Cabría preguntarse si tan solo se trata de la punta de un iceberg.

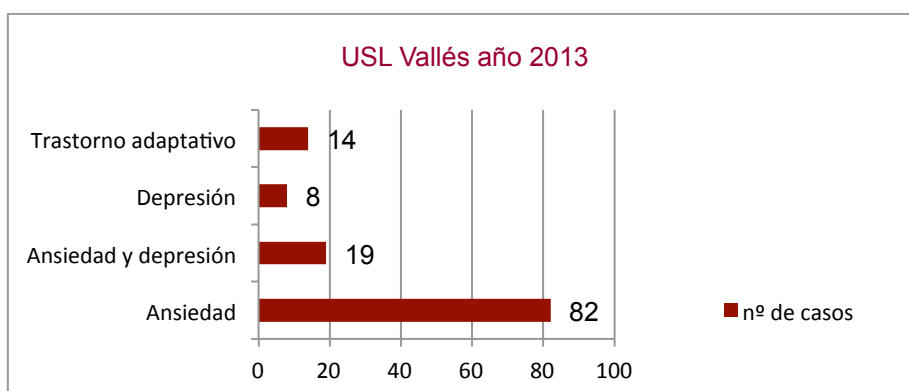
¹³ Hay que especificar que han sido considerados únicamente los casos nuevos, manteniendo al margen las reincidencias.

En cuanto a la Unidad de Salud Laboral del Vallés, territorio diana del estudio, el incremento de los casos de trastorno mental ocupacional es mayor con respecto a las cifras globales de la comunidad autónoma. Se trata de un aumento preocupante de este tipo de patología relacionada con el trabajo, sobre todo si consideramos la relevante pérdida de puestos de trabajo en un territorio con marcado carácter industrial.

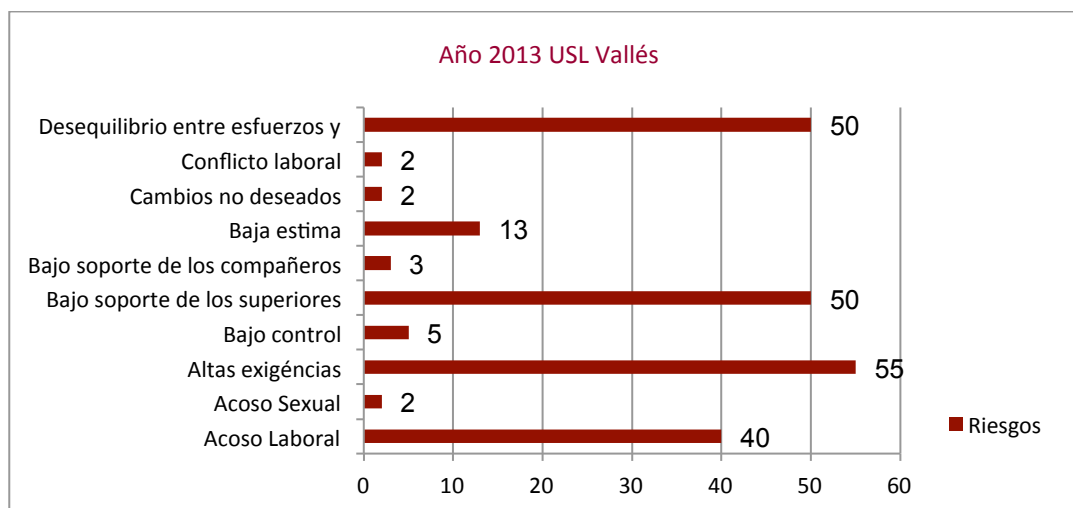
Los casos notificados por los 51 centros de atención primaria y los 6 hospitales de la comarca se han multiplicado por 5,5 veces en los últimos cinco años, pasando de 28 casos en 2009 a 123 casos en 2013:



De los 123 casos identificados, los diagnósticos más frecuentes han sido la ansiedad y la depresión con ansiedad, teniendo una menor relevancia el trastorno adaptativo y la depresión, tal y como se muestra en la siguiente tabla:



Disecionando las causas que originan los trastornos mentales mencionados, podemos afirmar que los principales agentes provocadores del riesgo psicosocial en nuestra unidad han sido, entre otros: las altas exigencias, el bajo apoyo de los superiores, el desequilibrio entre esfuerzos y recompensas, y el acoso laboral.



2. La práctica de la salud ocupacional: objetivos, principios y dilemas

De acuerdo con los principios establecidos en el código ético para los profesionales de la salud ocupacional de la International Commission on Occupational Health¹⁴, los objetivos de la práctica de la salud ocupacional son:

- 1) promover y proteger la salud de los trabajadores;
- 2) mantener y mejorar su capacidad y habilidad para el trabajo;
- 3) contribuir al establecimiento y mantenimiento de un ambiente seguro y saludable para todos;
- 4) y promover la adaptación del trabajo a las capacidades de los trabajadores, teniendo en cuenta su estado de salud.

Teniendo en cuenta lo anterior, podemos afirmar que para el buen ejercicio de la salud ocupacional se requiere:

¹⁴ Ver: <http://www.icohweb.org>.

- 1) Completa independencia profesional para emitir juicios y consejos sobre la protección de la salud de los trabajadores y su seguridad, de conformidad con su *conocimiento y su conciencia*.
- 2) Práctica basada en los estándares profesionales más altos y los principios éticos más rigurosos. Integridad profesional, imparcialidad y protección de la confidencialidad de los datos sobre la salud y la privacidad de los trabajadores.

Conforme a los principios de buena praxis recogidos en el código de ética para los profesionales de la salud ocupacional, el presente estudio nos plantea tres dilemas o conflictos éticos en competencia que se interrelacionan:

- 1) protección del empleo y protección de la salud,
- 2) conflicto entre intereses colectivos e individuales,
- 3) protección de la confidencialidad de los datos médicos y de salud de los trabajadores.

2.1. Principio de justicia y equidad – Protección del empleo y protección de la salud

Reconocer que hay necesidades particulares de los trabajadores en materia de salud ocupacional, en función del género, edad, condiciones fisiológicas, aspectos sociales, barreras de comunicación u otros factores, que deben atenderse en forma individual, prestando la debida atención a la protección de la salud en relación con el trabajo y eliminando toda posibilidad de discriminación.

2.2. Principio de no maleficencia – Conflicto entre intereses colectivos e individuales

El profesional de la salud ocupacional debe tratar de conciliar el empleo del trabajador involucrado con la seguridad y la salud de terceros que pudieran estar en peligro.

2.3. Principio de autonomía – Protección de la confidencialidad de los datos médicos y de salud de los trabajadores

El abuso o el uso inadecuado de la información de salud ocupacional, la adulteración o retención de hallazgos, la violación de la confidencialidad médica o la protección inadecuada de los archivos, particularmente aquellos que se guardan en ordenadores.

3. Conclusiones

La relación existente entre los dilemas expuestos y el papel de la administración laboral como máxima autoridad en este campo son evidentes ante la complicidad existente entre dicha autoridad y las entidades que dan asistencia a las personas trabajadoras. Estas no consideran el riesgo psicosocial como agente causal del trastorno mental y, por lo tanto, evaden su responsabilidad.

Cabría plantearse si es posible ser arte y parte en decisiones que deben regirse por la transparencia, la honestidad y la equidad hacia las personas trabajadoras que son víctimas de un sistema laboral que obedece a intereses, cuando menos, revisables.

Cualquier acción al respecto debería tener en cuenta lo siguiente:

- 1) Preocupante incremento en los últimos 3 años del trastorno mental en el mundo laboral, a pesar de la pérdida de puestos de trabajo.
- 2) Compromiso de la imparcialidad de una Administración Pública en un sistema viciado que obedece a dudosos intereses.
- 3) La prevención del trastorno mental ocasionado en el trabajo debe dar prioridad a la detección precoz y a la eliminación de los riesgos psicosociales.
- 4) Debería ponerse de relieve el doble maltrato que sufren las personas con trastorno mental de origen laboral, primero en la empresa y, después, por los diferentes agentes que intervienen. La Administración Pública

desprotege a estos trabajadores enfermos al no considerar que su enfermedad es producida por el trabajo.

- 5) La gestión y el tratamiento de datos sensibles como son los de la salud no se realiza con el rigor que cabría esperar, ni con el consentimiento voluntario y explícito de la persona trabajadora.

BIBLIOGRAFÍA

- AIBAR, Remón C. «La percepción del riesgo: del paciente informado al paciente consecuente», en *Monografías Humanitas*. 2004, núm. 8.
- ALTISENT, Rogelio, *et al.* «Ética de la actividad preventiva en atención primaria», en *Medicina Clínica*. 2001, núm. 117.
- BORRELL, Carme, y BENACH, Joan. *Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya. Informe del Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris*. Barcelona: Fundació Jaume Bofill, 2005.
- España. Constitución Española de 1978, Aprobada por Las Cortes en sesiones plenarias del Congreso y del Senado celebradas el 31 de octubre de 1978. Ratificada por el pueblo español en referéndum el 6 de diciembre de 1978 y sancionada por S. M. el Rey ante Las Cortes el 27 de diciembre de 1978.
- España. Ley 14/1986 del 28 de abril General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de abril de 1986, núm. 102.
- España. Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, 2 de febrero de 2001, núm. 29.
- GRAY, Muir, *et al.* «Maximising benefits and minimising harm of screening», en *BMJ*. 2008, núm. 336.
- Hastings Center. «Los fines de la medicina», en *Quaderns de la Fundació Víctor Grífols i Lucas*. 2004, núm. 11.
- SKRABANEK, Petr, y MCCORMICK, James. *Sofismas y desatinos en medicina*. Barcelona: Doyma, 1992.

**REDUCCIÓN DE DAÑOS Y RIESGOS
RELACIONADOS CON EL USO DE DROGAS
Pragmatismo y derechos humanos
frente a las políticas del prohibicionismo**

Antoni Llorc y Teresa Borràs

Resumen

La política prohibicionista en lo que concierne a las drogas ilegales cuesta unos cien billones de dólares anuales, con el objetivo de eliminar su uso, distribución y producción. Se ha evidenciado en los últimos años que este enfoque represivo no solo no alcanza sus metas, sino que además produce graves daños colaterales. En contraposición a este modelo hegemónico, el planteamiento de reducción de daños y riesgos, plantea y alumbra realidades incómodas que pueden desmontar las estructuras de doble moral que se yerguen alrededor del consumo de drogas ilegales y legales. Paralelamente, aportaciones como las de la antropología ponen en cuestión lo que entendemos como consumo problemático de drogas, y permiten comprender la naturaleza de este comportamiento que suele etiquetarse como patológico y está socialmente estigmatizado.

Palabras clave: drogas, prohibicionismo, reducción de daños, consumo problemático, estigmatización social.

1. Origen del prohibicionismo. EE.UU.: los controladores de la moral

El uso y el comercio de sustancias psicoactivas es tan antiguo como la existencia de la civilización. Los gobiernos religiosos comenzaron a penalizar la posesión y el comercio de drogas en la Edad Media, y esta persecución ha continuado hasta nuestros días. Pero es desde el siglo XX que los Estados Unidos encabezaron la más importante oleada renovada de la prohibición de drogas, llamada *guerra contra las drogas*.

A mediados del siglo XIX, las denominadas Guerras del Opio (1839-1842, 1856-1860) pusieron en evidencia el gran interés comercial, político-estratégico y económico del control del opio entre el Imperio Chino y el Imperio británico. Los

intereses comerciales creados por el contrabando británico de opio desde la India colonial hacia China y los esfuerzos del gobierno chino para imponer sus leyes contra el comercio de opio fueron los principales detonantes del conflicto. La derrota china en las dos guerras forzó al gobierno chino a tolerar el comercio de opio hasta principios del siglo XX, cuando las leyes prohibicionistas internacionales se impusieron en todo el mundo, sobre todo por la influencia de EE.UU. en materia de regulación de sustancias psicoactivas.

En 1909, EE.UU. tomó la iniciativa de celebrar la primera Conferencia Internacional (Comisión del Opio) en Shangai para regular el comercio del opio entre China y las demás naciones implicadas. La intención era dominar el liderazgo moral del mundo y reducir la resistencia china a las inversiones financieras norteamericanas. Otro acicate era la preocupación causada por el consumo de opio por soldados americanos en la colonia filipina desde 1889 (Del Olmo, 1989).

La Conferencia de Shangai de 1909, precursora de la Convención Internacional sobre el Opio en La Haya (1912), dirigía sus esfuerzos contra el comercio y consumo de opio. Estos encuentros venían instigados por la diplomacia de los EE.UU., que iniciaría la restricción del uso autorizado de los opiáceos, como también de la cocaína, en la Ley Harrison de Impuestos sobre Narcóticos (1914). Cabe destacar que el intento de supresión recayó inicialmente sobre sustancias psicoactivas naturales hasta entonces respaldadas por la medicina académica (Szasz, 1975). La Convención Única de Estupefacientes (Nueva York, 1961) fijó definitivamente la naturaleza del control y cruzada prohibicionista.

2. Prohibición, racismo, cientificismo y movimientos contraculturales

El doctor Hamilton Wright y el comisario Harry Anslinger fueron algunos de los principales artífices de la oleada prohibicionista gestada en EE.UU. Con la aprobación de la ley Harrison contra los opiáceos y la cocaína, y con ayuda de los medios de comunicación, se logró difundir una serie de hechos que reforzarían la posición prohibicionista, tales como: «Una de las frases más lamentables del hábito

de fumar opio en este país es el gran número de mujeres blancas que se han unido a los chinos en los diferentes barrios chinos de nuestras ciudades» (Del Olmo, 1989). Debemos mencionar aquí que la primera ley prohibicionista del uso de un medicamento, en particular en los EE.UU. era una ordenanza de la ciudad de San Francisco, que prohibió fumar opio en los denominados fumaderos, en 1875.

Posteriormente, Anslinger emprendería una cruzada contra la marihuana con la Ley de Tasación de la Marihuana (1937), asociando su uso a consecuencias malignas que provocaban asesinatos y perturbación sexual (violaciones, promiscuidad, etc.). Su consumo se asociaba tanto a la población afroamericana como a la población de origen hispano, ambas dedicadas a la explotación agrícola y industrial. A la población afroamericana del sur del país se le asociaba principalmente el uso de cocaína, que supuestamente les proporcionaba una fuerza extraordinaria que les empujaba a la violación y al asesinato. Podemos intuir y constatar que el racismo y el deseo de control de las poblaciones extranjeras –que suponían la mayor fuerza de trabajo y desarrollo del país– fue una de las causas principales de la cruzada prohibicionista. Se alimentaba, además, del puritanismo cristiano protestante, que consiguió prohibir el comercio del alcohol entre 1920 y 1933 (ley seca) para limpiar la sociedad de delincuencia, acciones y pensamientos impuros. En algunos estados –por ejemplo, Alaska– continúa la prohibición y restricción de consumo de alcohol para los indígenas, alegando también que la ingesta de alcohol les provoca violencia y desórdenes sociales.

Ya en los años sesenta, aparecen movimientos juveniles contestatarios que empiezan a usar las drogas como forma de liberación. Su uso y expansión es multitudinario, a pesar de que durante el mandato de Kennedy se había aprobado ya la Convención Única sobre Estupefacientes en la ONU (1961). Nixon, y después Reagan, continúan la cruzada contra las drogas o guerra contra las drogas como la bautizó Nixon. Eran los tiempos de la Guerra del Vietnam, y debido a los avances científicos y farmacéuticos aplicados al campo de batalla y a la investigación, surgen nuevas drogas como el LSD, las anfetaminas, los barbitúricos, etc., Empiezan a usarse de forma lúdica y como forma de identificación social con un movimiento

juvenil contracultural símbolo de las libertades individuales y de la crítica a la sociedad capitalista que se erigía en esos años en Occidente.

En 1962 se produce un cambio conceptual crucial: la Corte Suprema de Justicia de EE.UU. reconoce al consumidor de drogas como un enfermo y no como un delincuente, etiqueta que se le había adjudicado hasta ese momento. Se empieza a desarrollar una red de centros de salud mental en todo el país a través del Instituto Nacional de Salud Mental: en ella se contemplará el tratamiento psiquiátrico de la adicción (Del Olmo, 1989).

Este cambio de paradigma es importantísimo para entender el estado actual de las políticas de drogas, que se apoyan en la criminalidad y la enfermedad mental como explicación del fenómeno de consumo de drogas, y que en la actualidad continúan fundamentándose en bases científicas biologicistas. El enfoque biologicista pretende desahuciar las teorías sociales que explican el consumo de sustancias centrándose en el análisis del contexto y su interacción con las diferencias individuales y variabilidad de las sustancias. El objetivo es descartar la posibilidad de modelos comprensivos alternativos, que contemplen la posibilidad de una gestión responsable del consumo de sustancias y que rechacen una guerra contra las drogas. En los últimos años se ha evidenciado que la dudosa efectividad de este enfoque represivo que, lejos de conseguir sus metas, produce daños colaterales aún mayores para la salud pública (Wodak, 2013). Algunas de las consecuencias del modelo prohibicionista que goza de un estatus hegemónico son: las desproporcionadas penas de prisión; las muertes en nombre de la lucha contra el narcotráfico; el miedo a las medidas represivas como obstáculo para el acceso a los tratamientos; la exposición de los posibles usuarios a la violencia, la discriminación y la negación del derecho a la salud; el fortalecimiento de los grupos armados; las estrictas regulaciones para el uso de opiáceos en el ámbito médico; la tortura y abusos sexuales (McFarland y Sánchez-Moreno, 2014).

3. Reducción de daños y riesgos. Estrategias paliativas hacia un cambio de modelo

Uno de los fundamentos teóricos de la filosofía de reducción de daños y riesgos es el *primum non nocere* de la medicina clásica hipocrático-galénica. La influencia de las condiciones ambientales será estudiada como un factor importante en el desarrollo de enfermedades: no se indagará únicamente en las causas orgánicas o físicas del cuerpo humano. En la misma línea, la medicina social del siglo XIX, nacida del estudio de las condiciones estructurales (sociales y económicas) de la emergente Europa industrial, afirmaba que la medicina es una ciencia social y que la política no es más que una medicina en términos macro. Virchow, su fundador, investigó la evolución de distintas epidemias (entre ellas, el tifus) entre la población obrera de ciudades industrializadas, y concluyó que sus principales causas eran factores sociales y económicos. También defendió que la salud humana es un asunto de interés social directo, y que las condiciones sociales y económicas deben ser analizadas como causas de enfermedad. Para Virchow, la medicina debía ser una de las bases científicas de la organización social. Así pues, la reducción de daños y riesgos emergió consecuentemente para mejorar las condiciones sociales y de salud de las personas que consumían heroína entre finales de los setenta y principios de los ochenta en Europa (Holanda e Inglaterra en un primer momento). Estas personas fueron víctimas de la masiva infección por VIH, altas tasas de sobredosis, y un proceso de estigmatización y marginación social sin precedentes entre consumidores de drogas ilegales. En este sentido, surgieron nuevas estrategias apoyadas en el desarrollo de bases teóricas divergentes a las que sustentaban el movimiento prohibicionista, fundamentadas en el estudio social del consumo de drogas: la intervención pragmática de proporcionar accesibilidad a instrumentos de consumo esterilizado, el acceso a tratamiento adecuado (substitución con agonistas opioides), o la posibilidad de utilizar espacios de convivencia y servicios básicos dirigidos a esta población:

Desde el punto de vista social y sanitario, relacionados con los usos de drogas, deberemos precisar brevemente qué entendemos por esta cuestión, es decir, por

uso de drogas: se trata del fenómeno de la incorporación al organismo humano de unas sustancias químicas, con unas características farmacológicas que actúan sobre todo a nivel psicotrópico, pero cuyas consecuencias, funciones, efectos y significados son el producto de las definiciones sociales, culturales, económicas y políticas que las diferentes formaciones sociales (grupos, colectivos e individuos) elaboran, negocian y/o disputan en el marco histórico en el que se sitúan sus prácticas. Como ya planteara hace unos años Zinberg, para entender la variabilidad de efectos de las drogas no podemos dissociar la sustancia consumida del sujeto consumidor ni del contexto donde se da el acto de consumo. Esto es así porque una cosa es el laboratorio y otra distinta son las condiciones, materiales y simbólicas, en las que los sujetos, en su vida cotidiana, consumen el producto-droga. Son variadas las personas que las consumen (por su estructura físico-psíquica), los grupos en los que viven, que dan un sentido u otro (pautado culturalmente) al hecho de consumirla y, por lo tanto, a la utilidad social que se atribuye a la droga, en fin, las expectativas culturales con que se consumen, las condiciones sociales en que se hace, las formas de obtener el producto, las dosificaciones que cada cual consume, las técnicas de uso y la calidad del producto obtenido, además de las circunstancias concretas en las que se hace y otros aspectos menos relevantes. (Romaní, 2008).

La exclusión de ciertas drogas de las prácticas culturales es el resultado tanto de la implementación de las sociedades industriales –donde el carácter colectivo perdió centralidad en la organización social– como del prohibicionismo (Romaní, 2004; Díaz, 1998). El prohibicionismo desplazó el consumo hacia los márgenes sociales y las subculturas juveniles, lo que supuso que en lo que respecta a las nuevas drogas, producto de los avances farmacéuticos (cocaína, heroína, etc.), no se construyeran regulaciones socioculturales como las que presentaban los consumos tradicionales (Arif, 1981). El prohibicionismo negaba la capacidad de control a pesar de que la mayoría de consumidores controlaba el consumo (Becker, 2009; Zinberg, 1984) y ejercía de paso violencia simbólica hacia los consumidores. Por el contrario, otros estudios, pertenecientes al ámbito de la teorías de la normalización del consumo de drogas legales e ilegales, permiten observar que este puede ser controlado y gestionado por distintos usuarios sin conllevarles problemáticas en sus

vidas, y que este hecho puede darse y se ha dado en todos los tipos de sociedades. Estos estudios señalan, también, que puede abandonarse el consumo sin acudir a centros especializados ni profesionales. De hecho, a menudo es la propia estructura social la que favorece la estigmatización y la problemática asociada, y no tanto la sustancia en sí y la relación que establecen los individuos con ella. (Grund *et al.*, 2004; Peele, 1990 y 1985; Zinberg, 1984; Young, 1971; Martínez Oró, 2014).

Tras la Segunda Guerra Mundial, las etnografías sobre consumidores de drogas en todo el territorio norteamericano supusieron un primer cambio radical en el enfoque de investigación en torno a las drogas, hasta el momento basada en la farmacología: centraron la atención en la perspectiva del actor y su relación con las sustancias y el contexto, revelando identidades no patológicas detrás de sujetos que consumían mayoritariamente heroína, (Lindesmith, 1968; Finestone, 1957; Hughes, 1961; Preble y Casey, 1977, en Waldorf, 1980) o que fumaban marihuana (Becker, 1953; Rubin y Comitas, 1975, en Waldorf, 1980). Estos estudios¹⁵ son algunos de los ejemplos paradigmáticos de la descripción naturalista de este tipo de fenómenos, así como las primeras investigaciones sobre el uso controlado de sustancias y el cuestionamiento del modelo que asociaba a los consumidores con la enfermedad y/o la delincuencia.

Este tipo de investigaciones científicas son minoritarias todavía y se sitúan en una posición secundaria en relación a los postulados científicos que nutren las políticas represivas sobre drogas. Sin embargo, su expansión e influencia crecen progresivamente, de la mano de los logros obtenidos en la regulación de usos de otras sustancias como el cannabis, que ya cuenta con algunos éxitos en las propuestas de cambio de modelo de gestión de la oferta y la demanda y regularización de su consumo. Actualmente ya existen propuestas concretas de regularización del mercado de cocaína que abogan por la eliminación del narcotráfico y la violencia y mejores opciones de salud para sus usuarios.

¹⁵ Hay estudios más recientes en la misma línea (Waldorf *et al.*, 1991; Díaz *et al.*, 1992; Bieleman *et al.*, 1993; Cohen y Sas, 1993; Decorte, 2000; Bourgois, 1995; Sepúlveda, 1997; Díaz, 1998; Epele, 2007; Decorte y Muys, 2010; Reynaud-Maurupt y Hoareau, 2010).

Los posicionamientos de reducción de daños y riesgos plantean y alumbran realidades incómodas que pueden desmontar las estructuras de doble moral alrededor de un fenómeno social como es el consumo de drogas ilegales y legales. Asimismo, la antropología aplicada a la salud, en sus estudios sobre los sistemas de atención, el sistema médico como sistema cultural y las tensiones teóricas provocadas por la diferenciación entre los conceptos de *disease/illness/sickness* (Kleinman *et al.*, 1978), cuestiona lo que entendemos por consumo problemático de drogas (construcción sociocultural del adicto), comportamiento desviado (teoría del etiquetamiento) y procesos de estigmatización (Becker, 2009; Goffman, 2008; Matza, 1981).

El enfoque antropológico presentado por Kleinman, Eisenberg y Good (1978) asigna especial importancia teórica a la noción de afección o malestar (*sickness*), que enfatiza los aspectos sociales y culturales de la enfermedad. Su propuesta se basa en la distinción entre las dimensiones biológicas y culturales del malestar (*sickness*). La enfermedad como *disease* sería la patología subyacente, biológicamente definida desde la perspectiva del clínico. Por el contrario, la enfermedad en cuanto *illness* sería la experiencia subjetiva de los síntomas definida por la persona. En este sentido, el concepto de adicto o drogadicto ha sido construido como patología desde la posición clínica y, culturalmente, a partir de determinados estereotipos de las personas que usan drogas, siempre asimiladas a la imagen de delincuencia, enfermedad o inmoralidad. De acuerdo con la teoría antropológica, la salud, la enfermedad y el proceso de atención a los mismos son parte de un sistema cultural y deben ser entendidos a través de sus relaciones mutuas. Examinar estos conceptos de forma separada distorsiona su comprensión, tanto en lo que respecta características como en lo que atañe a su modo de funcionar en un determinado contexto.

Desde el discurso prohibicionista, se persuade al conjunto de la sociedad de que los usos de drogas producen inevitablemente problemas: el consumidor es una persona con carencias emocionales e identitarias que lo empujan a consumir, y el consumo únicamente pueden ser compulsivo y perjudicial. Estas características

promueven el rechazo unilateral del conjunto de la población de consumidores de drogas y conllevan su estigmatización, sean problemáticos o no. Pero una de las consecuencias más perversas de este imaginario es que ciertos consumidores lo reproducen, y la profecía del discurso prohibicionista se autocumple en ellos mismos. Es decir, como en su acervo de conocimientos para interpretar las consecuencias del uso de drogas solo poseen el conocimiento prohibicionista, terminan por hacer coherente la profecía con sus prácticas y, en consecuencia, sus consumos solo pueden resultar problemáticos (Martínez Oró y Pallarès, 2013).

Las ciencias sociales han contribuido decisivamente a dismantelar las lógicas del prohibicionismo sustentadas radicalmente por el imperante paradigma, estrictamente biomédico imperante y jurídico punitivo. A su vez, han propuesto modelos de combinación de ambos paradigmas, o como mínimo de coexistencia y convivencia, para poder gestionar el uso de las drogas desde perspectivas razonables, desde la óptica de la salud pública y los derechos humanos. Reconocer la posibilidad de una gestión no problemática de drogas, respaldada por numerosos estudios científicos, es una obligación de la sociedad: si no se reconocen los consumos controlados e integrados, las políticas de drogas continuarán desenfocando el objeto de intervención y se perseverará en la estigmatización, la criminalización y el ejercicio de violencia simbólica hacia los usuarios (Martínez Oró, 2014). Basta aquí una breve mención a las denominadas nuevas sustancias psicoactivas para constatar la proliferación de consumo y distribución de nuevas sustancias que, mediante la red, inundan ahora el mercado de las drogas, esquivando los tratados internacionales¹⁶. Esta realidad anticipa un escenario de incertidumbre respecto de los riesgos asociados a su consumo, y delata las debilidades del sistema de fiscalización internacional.

¹⁶ Para profundizar en este tema, leer a Giné *et al.* (2014) o ver el proyecto Nuevas Sustancias Psicoactivas en Europa (<http://www.npsineurope.eu/>).

4. La respuesta asistencial

Hay una gran variabilidad de respuestas desde diferentes perspectivas y según el punto de aproximación: en ocasiones apreciamos una gran fragmentación en la aprehensión del fenómeno, y una falta de atención a su complejidad y al hecho de que este *capilariza* los diferentes niveles del individuo, de su entorno microsocioal y del contexto macrosocioal y geopolítico. Por tanto, la respuesta asistencial no debería plantear a priori como objetivo primordial y/o implícito la abstinencia, ni tampoco debería estar basada en una interacción instructiva, sino que tendría que contemplar un posible acoplamiento estructural (Maturana y Varela, 2004) para lograr relaciones que posibiliten cambios, de mínimos a máximos, en función de los múltiples y singulares elementos que caracterizan las demandas y las respuestas en un momento y lugar concretos.

En este sentido ha surgido la implementación y difusión de la filosofía de disminución de daños y riesgos a diferentes niveles: tanto en el sistema formal (servicios asistenciales hospitalarios, ambulatorios y extrahospitalarios; hospitales de día, centros de día, centros de actividades, comunidades terapéuticas, etc.) como en el sistema informal o de nueva creación, que a su vez se ha ido introduciendo en nuevos contextos, por ejemplo, los planes de actuación municipal. Han aparecido centros de encuentro y acogida, salas de consumo supervisado (en lugares fijos y también en el contexto habitual de consumo, a menudo cercano al contexto de venta), espacios de venopunción asistida, unidades móviles de atención mínima, programas móviles de intercambio de jeringuillas, a veces vinculados al contexto de venta (*basements* de Rotterdam, unidades móviles y programas *outreach*, etc.). Con la finalidad de evitar procesos de marginalización continuos, estos dispositivos han facilitado el trazado y desarrollo de circuitos de atención, y han hecho posible la articulación de intervenciones del sistema sanitario público con recursos que cubren las necesidades elementales de usuarios con trastornos ligados a la cronicidad en el consumo y a situaciones de precariedad biopsicosocioal.

En la primera línea de atención se ha tratado de evitar la tendencia a la fragmentación del usuario y del sistema asistencial, para poder avanzar en una

perspectiva de continuidad de la cura: «Una fórmula de organización que permite entender la demanda del usuario como un acto único centrado en un proceso, lo cual hace imprescindible la óptima coordinación entre los diversos niveles de atención en su sentido más amplio» (Martí y Borràs, 2006). En los primeros años, la respuesta a la alarma social generada por el fenómeno del consumo problemático de sustancias psicoactivas se articuló en el marco de los llamados programas libres de drogas. En paralelo, se generó un incipiente cuestionamiento de estos programas. Se propusieron aproximaciones terapéuticas que no priorizaban la abstinencia y sí proponían un acercamiento a la persona, a sus relaciones y a su entorno desde una posición de mayor respeto hacia los individuos y una comprensión de su realidad. La voluntad de fondo consistía en minimizar daños a partir de un rol más activo y participativo de los destinatarios de la atención (De Andrés *et al.*, 1996).

Proponemos la combinación de un marco epistemológico ecosistémico con el pragmatismo de la actuación de la teoría de reducción de daños y riesgos (Borràs y Sardà, 2004). Es por ello que lo más adecuado, a la hora de dar respuesta a las demandas asistenciales, es concebirlas en un complejo mapa de puntos de contacto e itinerarios múltiples. Estos permiten diseñar recorridos únicos para cada usuario, y atienden a sus necesidades a partir de la definición de unos objetivos acordados con el profesional de referencia, en función de los aspectos predominantes de la demanda del sujeto y sus posibilidades de respuesta. Para acercarse o tender a esta forma de abordar las relaciones terapéuticas, es fundamental que el sistema asistencial acepte que el sistema demandante tiene la última palabra en el planteamiento de cambio. El terapeuta –o sistema terapéutico– acompañará al usuario, con un pilotaje más o menos directivo, hacia el destino que este proponga, sabiendo también que en cualquier punto del trayecto se puede cambiar de programa o destino. Para ello podemos intervenir desde diferentes niveles. No obstante, para lograr coherencia y articulación, es fundamental la redacción, en coparticipación, de un plan de acción comunitario sobre drogas.

En conclusión, desde la perspectiva de disminución de daños y riesgos, las respuestas asistenciales tienen que tener como objetivo básico y primordial la

mejoría del individuo. La mejoría es entendida en un sentido genérico de salud pública: desde un consumo menos perjudicial para el sujeto y su entorno hasta la abstinencia absoluta en el consumo de la sustancia y/o sustancias que provocan la demanda o el contacto con el dispositivo. Estas demandas atañen desde el tabaco a la heroína, pasando por el alcohol (sustancia que actualmente se relaciona con la demanda mayoritaria en los servicios especializados de drogodependencias) y otras sustancias como la cocaína, el cannabis y medicamentos tranquilizantes (benzodiazepinas). Además, hay que tener en cuenta factores que suelen acompañar al consumo: psicopatologías comórbidas como los trastornos de ansiedad, afectivos y psicóticos; patología orgánica asociada; y la repercusión comunitaria. Tener en cuenta la intervención comunitaria y la coparticipación de todos los agentes implicados requiere en ocasiones de acercamientos a todos los elementos en la cadena de consumo: desde el acceso a la sustancia y su distribución, al consumo activo supervisado, el vecindario, el sujeto, su familia y la escuela de sus hijos, lugares de ocio, etc.

Detenemos a conocer cuáles son nuestros mapas relacionales, la naturaleza de nuestras relaciones y el marco epistemológico en el que actuamos es algo que consideramos importante e imprescindible en nuestra organización. Nuestra intervención se orienta a generar unas condiciones donde pueda surgir la conciencia necesaria para la participación responsable en los procesos de cambio; en definitiva, afrontar emociones, placeres, malestares y, en ocasiones, el rechazo individual y social. Se trata de aportar líneas y cuestionamientos teóricos que fomenten un pensamiento y acción críticos. Estos deberían conducir hacia la superación de los actuales paradigmas ideológicos restrictivos, que impiden, a fin de cuentas, el desarrollo de unas políticas de drogas más justas y eficaces.

BIBLIOGRAFÍA

- BECKER, Howard. *Outsiders. Sociología de la desviación*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2009.
- BORRÀS, Teresa, y SARDÀ, Artur. «Cambios sociales, cambios en los tratamientos», en *Monografías Humanitas* . 2004, núm.1.

- CÁCERES, Baldomero. «La coca el mundo andino y los extirpadores de idolatría del siglo XX», en *América Indígena*, vol. 4. México: Instituto Indigenista Interamericano, 1978.
- DE ANDRÉS, Miguel, *et al.* *Programas de reducción de riesgo*. Barcelona: Grup Igia, 1996.
- DEL OLMO, Rosa. «Drogas: distorsiones y realidades», en *Nueva Sociedad*. 1989, núm. 102.
- GOFFMAN, Erving. *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu, 2008.
- KLEINMAN, Arthur. «Concepts and Model fort he comparison of medical systems as a cultural model», en *Social Science & Medicine*, 1978, núm. 12.
- MARTÍ I CARRASCO, Víctor, *et al.* «Salud mental y drogodependencias», en LEAL, José, y ESCUDERO, Antonio (Coords.). *La continuidad de cuidados y el trabajo en red en salud mental*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2006.
- MARTÍNEZ ORÓ, David .P. *Sense passar-se de la ratlla. La normalització social dels consums de drogues*. Barcelona: Bellaterra, 2014.
- MATURANA, Humberto, y VARELA, Francisco. *El árbol del conocimiento. Bases biológicas del entendimiento humano*. Buenos Aires: Lumen, 2004.
- MATZA, David. *El proceso de desviación*. Madrid: Taurus, 1981.
- McFARLAND, María. «Por qué el respeto a los derechos humanos exige reformas a las políticas de drogas. Cómo la criminalización de las drogas destruye vidas, fomenta abusos y subvierte la justicia», en *Informe Mundial 2014*. Human Rights Watch. Nueva York: HRW, 2014.
- ROLLES, Steve, *et al.* *The alternative world drug report. Counting the costs of the war on drugs*. Bristol: Transform Drug Policy Foundation, 2012.
- ROMANÍ, Oriol. «Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño», en *Salud Colectiva*. 2008, vol. 4, núm. 3.
- SZASZ, Thomas. *Ceremonial Chemistry. The Ritual persecution of Drugs, Addicts, and Pushers*. Londres: Routledge & Kegan Paul, 1974.
- WODAK, Alex. «Harm Reduction and law. The impact of criminalisation on public health», en Brigaud, Thierry (Dir.). *The history and principles of Harm Reduction. Between public health and social change*. París : Médecins du Monde y Agence Française de Développement, 2013.

III. LA PERSPECTIVA ASISTENCIAL

**PLANIFICACIÓN ANTICIPADA DE DECISIONES
EN LOS PACIENTES DADOS DE ALTA
EN UNA UNIDAD DE PSICOGERIATRÍA**

Pilar Sales, Macarena Cabrera y Germán Diestre

Resumen

La demencia es el paradigma del aumento de supervivencia en enfermedades crónicas mediante la aplicación de tratamientos y técnicas avanzadas. La planificación anticipada de decisiones (PAD) es una herramienta que facilita espacios de reflexión entre el paciente o su representante y el equipo terapéutico responsable. Permite adecuar el tipo de atención y se utiliza para tomar decisiones difíciles al final de la vida. Este artículo evalúa la frecuencia y tipo de PAD que se lleva a cabo en los pacientes con demencia que son dados de alta en una Unidad de Psicogeriatría. Es fruto de un estudio descriptivo, prospectivo a través de la recogida de datos procedentes de la historia clínica, y de la búsqueda y selección de la literatura relacionada con este tema.

Palabras clave: planificación anticipada de decisiones, demencia, psicogeriatría.

Durante el siglo pasado se produjo un cambio en las causas que llevan a la muerte de los enfermos: la muerte aguda debida a enfermedades infecciosas fue sustituida, en gran medida, por enfermedades que, en general, implican un proceso de muerte más prolongada, como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. Hasta hace unas décadas eran pocos los problemas éticos relacionados con el inicio y el final de la vida, pues no había alternativas ante las enfermedades graves y las situaciones de enfermedad crónica terminal no eran frecuentes (Sanz Ortiz, 2001).

Actualmente, esta situación ha cambiado: las mejoras en las condiciones socioeconómicas, sumadas a los avances tecnológicos –especialmente los ocurridos en el campo de la sanidad, tanto en el ámbito preventivo de salud pública como a

nivel de diagnóstico y tratamiento—, han llevado aparejado un cambio a escala demográfica. Ha habido un descenso en la tasa de natalidad y de mortalidad, un aumento de la edad de la población y el consiguiente envejecimiento poblacional. También ha ocurrido un cambio a nivel epidemiológico, con una variación en la incidencia y prevalencia de las causas de enfermedad y mortalidad: ha habido una evolución desde las enfermedades de etiología infecciosa a enfermedades de curso crónico, más relacionadas con la edad.

La aproximación a estos cambios plantea la necesidad de separar lo que es enfermedad de lo que es envejecimiento. El envejecimiento no es sinónimo de enfermedad ni de cuidados paliativos, sino que significa una disminución de la capacidad del organismo para adaptarse a situaciones de estrés. Esto conlleva una respuesta diferente ante la enfermedad y, por lo tanto, que las manifestaciones que presenta esta respuesta a menudo no sean las esperadas en la población más joven. Esta diferencia puede dificultar su abordaje. Además, la comorbilidad es algo frecuente en la población envejecida, por lo que los síntomas se pueden solapar con las causas que los provocan, creando más incertidumbre. Finalmente, las enfermedades en esta etapa de la vida requieren un mayor uso de medios diagnósticos y terapéuticos, lo que conlleva un aumento en el riesgo de iatrogenia (López *et al.*).

Este escenario de la enfermedad en población envejecida incluiría la demencia, síndrome clínico de etiología diversa, que se manifiesta por deterioro cognitivo, con síntomas que pueden incluir la alteración de la función mental en áreas como la memoria, el aprendizaje, el juicio, la atención, la concentración, el lenguaje y el pensamiento. Todo esto se acompaña a menudo de cambios en la conducta, que afectan y repercuten en las actividades habituales y en el entorno social, laboral y familiar del paciente. Dado que el diagnóstico de demencia supone un deterioro intelectual y funcional respecto del estado previo, su valoración tendrá en cuenta el contexto sociocultural del sujeto, es decir, adoptará una perspectiva biográfica. La evolución clínica suele ser crónica, progresiva y, en general, conlleva una dependencia completa, tanto en relación con la función física como psíquica.

Ocasiona la muerte en un plazo variable de tiempo, dependiendo de la etiología (Robles, 2006).

La demencia, en su estadio final, es un ejemplo de enfermedad que desemboca en una muerte crónica¹⁷, con un pronóstico vital incierto, con múltiples y variados síntomas. A pesar de que no existe un tratamiento efectivo que revierta la progresión de la enfermedad, la demencia es el paradigma del aumento de supervivencia de las enfermedades crónicas mediante la aplicación de cuidados y técnicas médicas. Es aquí donde muchos profesionales de la medicina se plantean dónde está el límite de su actuación. Sabemos que la enfermedad no tiene curación, que progresa y que afecta a los niveles cognitivos y funcionales fundamentales, lo que hace que la persona sufra una muerte biográfica y social. Al tomar medidas terapéuticas de mantenimiento de la vida biológica en el contexto de una demencia avanzada, la cuestión a plantearnos es hasta qué punto estamos provocando daño – en contra de los principios éticos–, e incluso atentando contra el derecho inherente de todas las personas a morir y a decidir (Delgado Fontaneda y López Sainz, 2009) .

Actualmente, ante la escalada tecnológica a la que asistimos, hay una preocupación por las decisiones que se toman al final de la vida. Se cuenta con más recursos y una ayuda de los profesionales de la salud al alcance de casi todo el mundo. Pero, al mismo tiempo, se teme que su aplicación no se ajuste lo suficiente a la situación personal y a la forma de ser de cada uno. Todos tenemos derecho a poner límites a cualquier actuación que se efectúe sobre uno mismo y a pedir una actuación determinada cuando se prefiere antes que otra. Poder confiar en que se respetará nuestra voluntad es importantísimo para morir mejor: hace posible una cura más personalizada y permite evitar una de las preocupaciones actuales, las actuaciones no deseables. Sin embargo, el problema grave se plantea cuando

¹⁷ La enfermedad, como fenómeno concomitante al ser humano, no ha sido conquistada. Paradójicamente, el propio éxito de la medicina moderna ha provocado un aumento y no una reducción de la tasa de morbilidad, lo que convierte el proceso de morir en un problema más complejo. Solo se pueden superar algunas enfermedades, que a su vez se sustituyen por otras que aparecerán en el transcurso de la vida, como es la demencia. El desarrollo de las técnicas médicas permite alargar la vida en la demencia avanzada, lo que provoca que la muerte haya dejado de ser natural, en algunas ocasiones puede representar una muerte en vida. Para que un paciente en estas circunstancias muera, alguien tiene que hacer o dejar de hacer algo, alguien tiene que tomar una decisión (Delgado Fontaneda, 2009).

perdemos la capacidad de expresar nuestra voluntad debido a la evolución de una enfermedad, como puede ser una demencia. Es una situación frecuente que conviene prever, ya que entonces uno queda a merced de las decisiones de los otros y hay peligro de que los propios deseos quedan relegados (Broggi, 2011).

1. Objetivos

El objetivo principal de este trabajo es evaluar la frecuencia y tipo de planificación anticipada de decisiones (PAD) que se lleva a cabo en los pacientes diagnosticados de demencia y dados de alta entre los años 2010 y 2014 en la Unidad de Psicogeriatría del Centro Sociosanitario Albada de Sabadell.

Los objetivos secundarios son:

- a) reflexionar sobre el documento de voluntades anticipadas (DVA) y la PAD en el ámbito de la demencia;
- b) aclarar conceptos relacionados con el DVA y la PAD;
- c) indagar sobre los factores que influyen en la toma de decisiones al final de la vida en el contexto de la demencia;
- d) estudiar las características de los pacientes en los que se realiza algún tipo de PAD;
- e) sugerir cambios en la asistencia clínica.

2. Método

Se trata de un estudio descriptivo y prospectivo, realizado entre enero de 2010 y julio de 2014. Los datos son recopilados de la historia clínica de pacientes de una Unidad de Psicogeriatría en el momento de su alta. Asimismo, se ha realizado una búsqueda y selección de la literatura relacionada con este tema.

3. Resultados

La demencia es una de las principales causas de discapacidad y disminución de la calidad de vida en la población mayor. Esto conlleva una problemática médica, social y económica que va en aumento. Tomando los datos de la bibliografía internacional en su conjunto, se puede afirmar que la prevalencia de demencia bien establecida en individuos de edad superior a los 65 años es del 8 %, pero la cifra se puede doblar si incluimos a los sujetos con formas leves de demencia o con deterioro cognoscitivo superior al que se esperaría para su edad y nivel educativo. Hay unanimidad en considerar que la tasa de demencia depende sustancialmente de la edad, duplicándose cada 5 años desde el 1 % al 2 % a los 65-70 años, hasta el 30% o más después a los 85 años.

El curso evolutivo clásico es el de una enfermedad que se inicia de manera insidiosa y evoluciona de forma lenta y progresiva, aunque no todas las personas que la padecen evolucionan igual ni todas ellas llegan hasta la última fase de la misma manera. A medida que la enfermedad avanza, se produce un aumento del deterioro funcional (capacidad para realizar actividades de la vida diaria), aparecen alteraciones del apetito y los hábitos alimentarios y del sueño, y hay disminución de la movilidad y de la capacidad de autocuidado personal. Todos estos factores hacen que el paciente con demencia sea muy vulnerable y aumente la susceptibilidad de sufrir complicaciones médicas, lo que explicaría la alta utilización de los diferentes recursos sanitarios y sociales por parte de estos enfermos (Formiga *et al.*, 2009).

El papel tradicional de los médicos es aliviar el sufrimiento y mantener la vida, sin olvidarse de promover la calidad de vida y el respeto a la dignidad humana, sobre todo cuando tratamos con las nuevas fronteras de la medicina moderna. Ante un paciente con demencia severa, ¿cómo podemos evaluar la calidad de vida, el sufrimiento y los cuidados adecuados para paliarlo? ¿Qué criterios pronósticos de supervivencia se utilizan? ¿Cuánto tiempo pueden los tratamientos alargar la vida? A diferencia de los pacientes con cáncer metastásico, las personas dementes no son consideradas en situación terminal ni por los profesionales ni por la familia y, probablemente, no tienen acceso a participar en programas adecuados de final de la

vida. En la literatura encontramos que los siguientes factores predicen la supervivencia a corto plazo en estos enfermos: edad avanzada, anorexia y la limitación funcional medida con la escala de Karnofsky. Teniendo en cuenta también los estudios europeos, otros factores indicativos de 6 meses de supervivencia son: condiciones de inestabilidad clínica, incontinencia fecal, encamamiento, deterioro cognitivo, caquexia severa, tipo de demencia, edad y género. Sin embargo, los pacientes con demencia que sufren enfermedades intercurrentes agudas suelen ser trasladados al hospital para ser sometidos a tratamientos agresivos, sin considerar el deterioro cognitivo, los síntomas conductuales, el estreñimiento o las úlceras por presión. Por otra parte, la eficacia de los antibióticos y la nutrición artificial en la demencia severa se encuentra en discusión, ya que varios estudios han demostrado que no alargan la vida ni proporcionan confort (Congedo *et al.*, 2010).

La demencia consiste, como ya hemos visto, en un deterioro fisiológico en cuyas fases avanzadas nos preguntamos cuáles son los derechos morales que tienen, o retienen, estas personas, y qué es lo mejor para ellas. ¿Es esencial para tener cualquier derecho estar en posesión de algún mínimo nivel de competencia mental? ¿Las personas mentalmente incapacitadas tienen los mismos derechos que tienen los individuos normalmente competentes, o sus derechos se alteran, disminuyen o se extienden a alguna otra forma en virtud de su enfermedad? Por ejemplo, ¿tienen derecho a la autonomía, a recibir cuidados, a la dignidad y a un mínimo nivel de recursos en la misma medida que los enfermos con competencia mental normal? (Dworkin, 1994).

Si alguien diagnosticado de demencia no ha indicado sus deseos, ni formal ni informalmente, entonces, por supuesto, es posible que nunca haya considerado el asunto y que no haya tenido opinión al respecto. En este caso, los parientes pueden preguntarse si, en caso de pensarlo, hubiera querido que se le permitiera morir o que se le matara al llegar a las etapas finales de la enfermedad. Estas especulaciones sobre su opinión se basan, usualmente, en la idea de lo que sería más coherente en el conjunto de su personalidad y experiencias previas.

Los dos derechos fundamentales que entran en juego en las decisiones de representación son el derecho a la vida y el derecho a la libertad. Ambos derechos deben ser interpretados, en cada caso concreto, al amparo del respeto a la dignidad de la persona. El ordenamiento jurídico español se ha estructurado tradicionalmente en torno a la superioridad de la vida sobre la libertad. De ahí que el criterio tradicional de decisión haya sido el de *mejor interés*. Esto ha significado defender la vida del enfermo a toda costa, sin atender a otro tipo de consideraciones como su calidad de vida o sus deseos (criterio subjetivo), o lo que el paciente hubiera decidido de haber sido capaz (criterio de juicio sustitutivo).

Actualmente, es el propio paciente quien tiene en primer lugar el derecho a determinar el contenido de este *beneficio* o *interés*, ya sea de forma inmediata o de forma mediata, a través de su representante. El mismo paciente, aunque ahora esté incapaz, debería decidir o haber decidido lo que hay que hacer (criterio subjetivo); si no es posible, su representante actuará como el paciente lo haría de ser aún capaz (criterio de juicio sustitutivo). Y solo si son imposibles estas dos vías, el representante actuará de acuerdo al *mayor beneficio* de la persona incapaz. Este criterio tampoco deberá guiarse solo por la idea de cantidad de vida: hoy debería incluir necesariamente una ponderación adecuada de la idea de calidad de vida (Barri Cantalejo y Simón Lorda, 2006).

En este contexto se inscribe la idea de las voluntades anticipadas: una ocasión para continuar ejerciendo la autodeterminación personal en momentos de pérdida del control de decisión en los que se quiere que los propios valores o indicaciones estén presentes y se respeten. Estas voluntades pueden quedar plasmadas en un documento de voluntades anticipadas (DVA) o en una planificación anticipada de decisiones (PAD). El DVA consiste en un documento escrito por una persona con plena capacidad para hacerlo que, libremente y de acuerdo con algunos requisitos legales, expresa unas instrucciones u orientaciones a seguir cuando se encuentre en una situación en la que las circunstancias que concurran no le permitan expresar su voluntad. También incluye la posibilidad de designar un representante. La base del DVA es el respeto a la autonomía de la

persona, poniendo a su alcance una herramienta para que pueda continuar ejerciéndola y asegurando que este respeto se mantendrá cuando se presente una situación de vulnerabilidad. El principio de autonomía, que incluye la gestión de la propia vida, implica que toda persona con capacidad, debidamente informada y sin coacciones, puede decidir sobre lo que considera bueno para sí misma, incluidos la demanda, la aceptación o el rechazo de determinados procedimientos. No existe una buena práctica médica sin el respeto a la voluntad del paciente, que tiene derecho a participar en la propia planificación de sus cuidados sanitarios. El personal sanitario tiene la responsabilidad profesional, legal y ética de asegurar y favorecer esta participación. El fundamento del DVA es, por tanto, el respeto a este derecho que, mediante el documento, se prolonga cuando ya no pueda ejercer el paciente por sí mismo (Comitè de Bioètica de Catalunya, 2010).

La PAD es un proceso de comunicación entre el paciente y su representante y, en caso de incapacidad, los proveedores de la salud, su familias y otras personas vinculadas a él. Su contenido atañe al tipo de atención que se considera apropiado cuando el paciente no pueda tomar decisiones. Asimismo, la PAD también puede incluir directivas o voluntades anticipadas plasmadas por escrito. El objetivo original del movimiento por la PAD, desde la perspectiva de los especialistas en ética y medicina legal, era ayudar a los pacientes a tomar decisiones en relación a futuros tratamientos, en el caso de incapacidad. Sin embargo, desde la perspectiva del paciente, el objetivo principal de la PAD implica prepararse para la muerte y su proceso. La PAD puede ayudar a las personas a conseguir una sensación de control del pensamiento, más allá de una lista detallada de objetivos concretos para asignar un enfoque personal de la propia muerte, considerando los valores más relevantes para cada persona. Permite, también, determinar la configuración de la atención y los límites en tratamientos de soporte vital, que pueden alargar de manera inadecuada el proceso de morir. Además, facilita al paciente espacios de reflexión sobre valores, objetivos y preferencias con sus seres queridos, en un ambiente tranquilo. Esto ayuda a la gente a resolver sus diferencias con sus seres queridos, y,

llegado el caso, facilita la búsqueda del perdón de los conflictos pasados mediante el refuerzo de los vínculos personales (Martin *et al.*, 2000).

Es probable que con el desarrollo de la PAD más personas puedan decidir hacer un DVA que formalice legalmente sus preferencias de forma sistemática. Y viceversa: disponer de un DVA puede facilitar claramente la PAD en una persona con la capacidad conservada, confirmándose o modificándose las preferencias allí expuestas. Si bien la PAD y el DVA no son sinónimos, sí que son procesos muy relacionados. Ambos persiguen como objetivo final garantizar el máximo respeto de los valores del paciente. Durante el proceso de la PAD, en el caso de enfermedades avanzadas que potencialmente amenazan la vida, la comunicación y negociación con los pacientes y sus familias puede evitar daños psicológicos y ser de gran ayuda para ajustar expectativas. Por otra parte, la PAD tiene sus riesgos: puede implicar una limitación del esfuerzo terapéutico, puede confundirse con un DVA, su aplicación exige una evaluación bastante precisa del paciente y no hacer esta evaluación puede dificultar la toma de decisiones apropiadas, y, por último, cabe la posibilidad de ser impuesta a enfermos que no la desean (Corporació Sanitària i Universitaria Parc Taulí, 2010).

Una de las conclusiones a las que llega una revisión elaborada en el Reino Unido (Harrison Denning *et al.*, 2011) es que la principal barrera para confeccionar una PAD es, por parte de los profesionales, la falta de conocimiento de este proceso. Puede resultar clave el hecho de que la aproximación a los temas relacionados con el pronóstico y final de la vida tenga lugar en el momento en que la persona con un diagnóstico de demencia todavía tiene las funciones superiores suficientemente conservadas y dispone de capacidad para poder tomar decisiones. Al hacer la comparación con otros grupos de enfermedades, la diferencia fundamental reside en la capacidad del enfermo. El problema radica en que, de manera habitual, las decisiones en torno a las medidas de soporte vital se tratan en un momento en que puede haber un riesgo vital para el enfermo en un entorno de crisis y estrés para los cuidadores y los profesionales, poco propicio para una reflexión cuidadosa.

En otra revisión sistemática realizada también en el Reino Unido (Robinson *et al.*, 2012) se hace patente que hay evidencia, aunque de calidad variable, de que la existencia de voluntades anticipadas tiene el potencial de reducir los ingresos hospitalarios inadecuados y, por tanto, los costes de atención de salud para las personas con deterioro cognitivo y demencia. En la guías de este país se recomienda que estas voluntades, en el contexto de las demencias, queden plasmadas en las primeras etapas de la enfermedad, antes de que se pierda la capacidad de decidir. En caso de ser más adelante, se recomienda la búsqueda de puntos de vista de los familiares para facilitar la toma de decisiones en cuestiones de interés.

En otro trabajo realizado en Ámsterdam (de Boer *et al.*, 2010) se plantea que un diagnóstico de demencia constituye un factor de complicación a la hora de respetar las voluntades anticipadas. En primer lugar, los pacientes con demencia difieren de los pacientes incompetentes (por ejemplo, pacientes en estado de coma), en el sentido de que la demencia implica un proceso a menudo lento aunque progresivo, que resulta en la disminución gradual de la competencia en el transcurso de la enfermedad. En segundo lugar, aunque las personas con demencia reciban la etiqueta de incompetentes, pueden estar alerta, participar en su situación y ser capaces de interactuar con su entorno, de modo que pueden tener experiencias subjetivas y seguir teniendo deseos y preferencias. En consecuencia, puede aparecer un conflicto entre los deseos actuales de la persona con demencia (expresado en palabras o comportamiento) y sus preferencias establecidas en unas directrices previas. Esto se traduce en el dilema de cómo respetar los deseos e intereses actuales de la persona con demencia y, sin embargo, hacer justicia con los deseos expresados con anterioridad en el tiempo, sobre todo en decisiones como la eutanasia, la nutrición artificial, etc. Los autores concluyen que los cambios en el papel y contenido de las directivas anticipadas parecen inevitables, y que quizás se les debe dar otro significado, menos relevante, en el conjunto global de la PAD en el contexto de la demencia.

En nuestra Unidad de Psicogeriatría del Centro Sociosanitario Albada de Sabadell, ingresaron 660 pacientes desde enero del 2010 al 31 de julio del 2014, de

los cuales 439 (66,5 %) fueron dados de alta. De estos últimos, 97 (22 %) tenían registrada en la historia clínica algún tipo de PAD y solo un paciente disponía de DVA. La edad media fue de 84 años (en una franja de entre 61 y 98 años) y el cuidador principal fueron en la mayoría de los casos los hijos (68 %), seguidos de la pareja (21 %). La causa más frecuente de ingreso fue un proceso intercurrente (infección, insuficiencia cardiaca, etc.), en 58 pacientes (58,7 %), seguido de los trastornos de conducta en 23 (23,7 %). Los tipos de demencia más prevalentes fueron: la enfermedad de Alzheimer en 64 pacientes (65 %), la demencia por cuerpos de Lewy, en 13 (13,4 %), y la demencia de origen vascular en 9 pacientes (9,3 %). La severidad de la demencia se evaluó mediante la escala de deterioro global de Reisberg, y quedó registrada en 87 de los pacientes con PAD (89,6 %). De estos, 30 (31%) presentaban una fase muy evolucionada de la demencia, es decir, un 7 según la escala, y 47 (48,4 %) un 6 según la escala.. En 38 pacientes (39,1 %) no se especifica el tipo de PAD, aunque sí que se hacía referencia a ella en el informe de alta. En 46 pacientes (47 %) hay órdenes de no reanimación en caso de parada cardiorrespiratoria, en 44 (45,3 %) se acuerda no instaurar nutrición artificial en caso de disfagia severa, y en 37 enfermos (38 %) no se considera al paciente candidato de ingreso en una unidad de cuidados intensivos (UCI) si aparece una complicación médica con riesgo vital.

4. Conclusiones

En su concepto actual, la demencia puede definirse como un síndrome adquirido de naturaleza orgánica, caracterizado por un deterioro permanente de la memoria y de otras funciones intelectuales, a menudo acompañado de otras manifestaciones psicopatológicas y del comportamiento, que pasa sin alteración del nivel de la conciencia, afectando el funcionamiento social y / o laboral del sujeto afectado.

Un elemento importante de la calidad asistencial al final de la vida es el respeto a las voluntades anticipadas del paciente, ya sea en forma de PAD o DVA, un proceso de comunicación entre los pacientes, los proveedores de la salud, sus

familias y otras personas importantes en relación con el tipo de atención que se considera apropiado cuando el enfermo no pueda tomar decisiones.

En nuestro trabajo la PAD se llevó a cabo en una cuarta parte de los pacientes que fueron dados de alta. El tipo de PAD más frecuentes fueron las órdenes de no reanimación, la no instauración de la nutrición artificial y el no ingreso a la UCI como respuesta a los principales problemas en relación a actuaciones médicas que aparecen en fases avanzadas de la demencia como son: el tratamiento de las infecciones (broncoaspiración, infecciones urinarias...) y la nutrición artificial. Los pacientes en los que recoge algún tipo de PAD en la historia clínica se encuentran en estadios más avanzados de la demencia, GDS 7 y GDS 6. Como hecho destacable, se ha objetivado un incremento de la PAD en los últimos años, con tendencia a mantenerse.

BIBLIOGRAFÍA

- DELGADO, Alfonso, y LÓPEZ, María. «Problemas éticos y legales en la demencia severa. El derecho a morir en paz», en *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2009, vol. 44, núm. 2.
- BROGGI, Marc A. *Per una mort apropiada*. Barcelona: Edicions 62, 2011.
- FORMIGA, Francesc, *et al.* «Demencia, una enfermedad evolutiva: demencia severa. Identificación de demencia terminal», en *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2009, vol. 44, núm. 2.
- BARRIO, Inés, y SIMÓN, Pablo. «Criterios éticos para las decisiones sanitarias al final de la vida de personas incapaces», en *Revista Española de Salud Pública*. 2006, vol. 80, núm. 4.
- Comitè de Bioètica de Catalunya. *Consideracions sobre el Document de Voluntats Anticipades*. Barcelona: Direcció General de Recursos Sanitaris, 2010.
- CONGEDO, Maria, *et al.* «Ethical issues in end of life treatments for palliative with dementia», en *European Journal of Neurology*. 2010, vol. 17, núm. 6.
- Corporació Sanitària i Universitaria Parc Taulí. *Guia per la Planificació Anticipada de Decisions al Centre Sociosanitari Albada*. Sabadell: Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí, 2010.
- DE BOER, Marike E., *et al.* «Advance directives in dementia: issues of validity and effectiveness», en *International Psychogeriatrics*. 2010, vol. 22, núm. 2.
- DWORKIN, Ronald. *El dominio de la vida*. Barcelona: Ariel, 1994.

- HARRISON, Karen, *et al.* «Advance care planning for people with dementia: a review», en *International Psychogeriatrics*. 2011, vol. 23, núm. 10.
- MARTIN, Douglas, *et al.* «Planning for the end of life», en *The Lancet*. 2000, vol. 356, núm. 9242.
- ROBINSON, Louise, *et al.* «A systematic review of the effectiveness of advance care planning interventions for people with cognitive impairment and dementia», en *Age and Ageing*. 2012, vol. 41, núm. 2.
- ROBLES, María José. «Toma de decisiones clínicas en pacientes con demencia avanzada», en *Revista Multidisciplinar de Gerontología*. 2006, vol. 16, núm. 4.
- SANZ ORTIZ, Jaime. «Final de la vida: ¿puede ser confortable?», en *Medicina Clínica*. 2001, vol. 116, núm. 5.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. *Guía de Cuidados Paliativos en el anciano* [en línea, consulta: 10 de junio de 2014]. Disponible en: <<http://www.secpal.com/CUIDADOS-PALIATIVOS-EN-EL-ANCIANO>>.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA COMPETENCIA DE LOS PACIENTES PARA CREAR, USAR Y REVOCAR UN DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN SALUD MENTAL¹⁸

Sergio Ramos Pozón

Resumen

El presente trabajo tiene como finalidad el análisis de algunas situaciones controvertidas en torno al Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) en salud mental. Algunos pacientes con enfermedades mentales desean dejar anotados sus deseos y preferencias sobre su tratamiento médico, modos de hospitalización, etc., para que en el momento de estar en una situación de incompetencia se respete su voluntad. Pero, para ello, han de tener *competencia* suficiente, y en pacientes con enfermedades mentales esta puede estar comprometida. Y aquí aparecen cuestiones controvertidas referentes a *cómo y cuándo* hay que crear, usar y revocar el DVA.

Palabras clave: documento de voluntades anticipadas, salud mental, competencia, autonomía.

1. Sobre el documento de voluntades anticipadas en salud mental

El DVA es un proceso en el que una persona *informada* sobre su situación clínica, sus tratamientos, etc., de manera *voluntaria* y mostrando *competencia suficiente*, deja constancia de la expresión de su voluntad y preferencias en un documento, para que, en el momento de carecer de competencia suficiente, se tenga en cuenta su decisión. Pero no hemos de asumir que el DVA sustituirá, *en todos los casos*, a la persona, sino que hay que considerarlo *revocable*, es decir, que si el paciente es competente ha de tener la oportunidad de rechazar lo que allí dejó anotado. En tal

¹⁸ Este artículo se enmarca en el proyecto sobre *El documento de voluntades anticipadas* que ha sido becado por la Fundació Víctor Grífols i Lucas (2013-2014). Quiero agradecer al Dr. Bernabé Robles del Olmo, jefe del servicio de neurología del Parc Sanitari Sant Joan de Déu, por sus valiosos comentarios y sugerencias que, sin duda, han enriquecido este texto.

caso, deberá dejar registrado que puede revocar el DVA si en algún momento lo considera oportuno, siempre y cuando sea competente.

Este hecho no siempre se contempla, pues tradicionalmente se ha entendido que el DVA se aplica cuando el paciente no puede emitir su voluntad por estar en coma, estado vegetativo, enfermedad irreversible en fase avanzada o terminal, etc., momentos en los que el paciente indudablemente no podrá emitir su voluntad, es decir, cuando está en *el final de la vida*. Sin embargo, es posible realizar este procedimiento no con vistas *al final de la vida*, sino en situaciones incapacitantes *durante la vida* en las que sí pueda verbalizar su postura. Este sería el caso de las voluntades anticipadas en salud mental.

El contenido y la utilidad del DVA cuando se aplica a ese contexto varían considerablemente con respecto al enfoque sobre el *final de la vida* (Ramos y Román, 2014). En salud mental, principalmente se suele hacer referencia a la elección o rechazo de un tratamiento psiquiátrico, preferencias de hospitalización, con quién contactar en situaciones de crisis o quién es el tutor o representante, y en qué momento desearía que se *activase* el DVA (por ejemplo, delirios, alucinaciones, etc.), entre otros. Pero también se puede anotar cualquier otra decisión vinculada a su salud y cuidado (tanto de sí mismo como de otras personas). En cualquier caso, no sería lícito anotar situaciones que son contrarias a lo que se entiende como *buena praxis*¹⁹ ni al ordenamiento jurídico, pues en el momento de aplicar dicha petición no podría llevarse a cabo.

Sea como fuere, lo ideal sería que el DVA estuviese enmarcado en un tipo de relación asistencial basado en la *toma de decisiones compartidas*, en el que el paciente escoge qué considera lo mejor, pero siempre aconsejado por los conocimientos técnicos del profesional. Esta relación asistencial va a conllevar una disminución de las recaídas y hospitalizaciones, una mayor adherencia farmacológica, un mayor

¹⁹ Resulta un gran problema definir *buena praxis*. En ocasiones se considera que *buena praxis* es aquello que está registrado en los protocolos o en los artículos científicos, sin embargo, lo que verdaderamente es buena praxis ha de estar enmarcado dentro de aquellas decisiones clínicas que tienen como referencia las pruebas, la evidencia, pero que *también* considera la decisión de una persona autónoma y competente sobre la aceptación de un plan terapéutico, es más, no contemplar su decisión podría ser considerado como *mala praxis* aunque esté fundamentado en pruebas objetivas o tratamientos indicados.

cumplimiento con los avisos y consejos de los profesionales y, por tanto, un aumento de la calidad de vida gracias al hecho de estar bajo tratamiento (Ramos, 2012).

El problema (o prejuicio) que se puede derivar de la aplicación del DVA al ámbito de la salud mental consiste en poner en duda la *competencia* de estos pacientes psiquiátricos tanto para realizar como para revocar el documento, lo que conlleva cuestionarse si puede o no decidir por sí mismo. Para ello, tendremos que conocer si tiene *capacidad legal*, por un lado, y si es *competente* para decidir por sí mismo, por otro.

2. Competencia y capacidad

En ocasiones se utilizan los términos *capacidad* y *competencia* como si fuesen sinónimos, pero no lo son. Es importante distinguir *capacidad legal* de *capacidad de hecho*. La primera hace alusión a las exigencias que solicita «el ordenamiento mediante los que se reconoce la aptitud del sujeto para ejercer sus derechos y realizar actos válidos». La segunda se vincula con las «aptitudes del sujeto, aquí y ahora, para realizar dicho acto y no otros». Este último término, el que alude a la *competencia*, está especificado en el ámbito sanitario. La *competencia* se usa para

describir el estado de un paciente que puede, legítimamente, participar en la toma de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento para su enfermedad, porque posee las aptitudes y habilidades psicológicas necesarias para garantizar que su decisión es expresión de un grado suficiente de autonomía personal. (Simón, 2000).

La competencia se muestra en un contexto específico al manifestar las capacidades relevantes para desempeñar un cometido determinado. La competencia puede variar: una persona puede ser capaz de realizar un acto y ser incapaz para otro, e incluso puede cambiar con el tiempo, de manera que la competencia ha de ser concebida como gradual. El grado de competencia en una persona puede ser fluctuante y más aún en pacientes psiquiátricos cuya sintomatología evoluciona por fases en las que puede haber una mejoría o empeoramiento clínico; por eso su

valoración ha de ser continuada y periódica, para determinar si hay o no competencia. Así, la competencia ha de entenderse como un *continuum* que va desde la incapacidad total a la capacidad total. De la misma manera que con cualquier otro tipo de paciente, en la enfermedad mental hemos de partir de que las personas son *competentes*²⁰ para la toma de decisiones, excepto en casos claros como agitación psicomotriz, delirios, etc., y en todo caso hay que demostrar, mediante los instrumentos que evalúan la competencia, si no lo son.

La evaluación de la competencia ha de centrarse en los motivos por los que escoge una opción y no en la opción en sí. En efecto, que una persona rechace un tratamiento aconsejado desde el punto de vista médico no significa que el paciente sea incompetente. Las personas pueden ser competentes o incompetentes, pero nunca las decisiones serán competentes o incompetentes. El derecho a la autonomía incluye el poder rechazar un tratamiento médico (art 2.3 y 2.4, Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, 41/2002). Un paciente con una enfermedad mental podrá dejar anotado en un DVA que desea o rechaza un tratamiento, y ha de ser una obligación ética y legal respetarlo. Hemos de asumir también que una persona con una enfermedad mental, en momentos de *competencia*, opte por rechazar un tratamiento incluso estando en régimen hospitalario. Ahora bien, puede suceder que esté ingresado voluntario o involuntariamente. Si está en régimen *involuntario*, a primera instancia no podría rechazar tratamientos porque se *presupone* que no es competente, pero en tal caso se tendrá que verificar si efectivamente carece o no de competencia. En otras palabras, un régimen involuntario no implica *necesariamente* que la persona no tenga competencia para decidir por sí misma, más bien significa que no tiene *capacidad jurídica* para hacerlo, de manera que puede no tener *voto* para decidir pero sí *voz* para argumentar. Por lo tanto, si ahora es competente, ha de ser

²⁰ Hay que tener en cuenta que los pacientes con enfermedades mentales graves, como la esquizofrenia, *pueden* tener dificultades para decidir por sí mismos debido a la intensidad de la psicopatología, al deterioro cognitivo (procesos de atención, almacenamiento de información), a la conciencia de enfermedad (*insight*), etc., aunque los estudios llegan a una misma conclusión: la esquizofrenia no *necesariamente* daña la competencia, de manera que ha de verificarse *a posteriori* y no tomar prejuicios que nos hagan pensar que tenemos que decidir por ellos (Clare *et al.*, 2000; Jeste *et al.*, 2006; Palmer y Jeste, 2006).

tenida en cuenta. Pero cabe también la posibilidad de que una persona hubiera anotado un DVA, de modo que conociéramos cuál era su voluntad tomada de manera *competente*, así que si actualmente rechaza lo que allí anotó se podría argumentar en contra de la voluntad actual en base a sus deseos previos. Esto solo es aplicable si en su negativa no es competente. Por lo tanto, sino no es competente prevalecería su voluntad en el DVA.

Si, por el contrario, está en régimen *voluntario*, no debería haber ninguna pega para que rechazase un tratamiento, si es competente para ello.

Por lo tanto, aquello que se ha de analizar en la competencia es *por qué* y *cómo* se elige, y no el *qué*. Los pacientes psiquiátricos también pueden ser competentes para tomar decisiones, de modo que se le ha de valorar como a cualquier otro tipo de paciente y no presuponer que no lo son.

A continuación se expone una herramienta para la valoración de la competencia en toma de decisiones, el McCAT-T, y se realizan algunas críticas de la misma. La finalidad de ello es conocer en profundidad qué significa *competencia* y, consecuentemente, qué necesitamos para *crear, usar* y *revocar* un DVA.

3. El McCAT-T y sus críticas

Muchas han sido las propuestas para la valoración de la competencia en la toma de decisiones (Simon, 2000; Sturman, 2005; Moye y Gurrera, 2006). Sin embargo, la herramienta que más se ha utilizado es el McCAT-T de Grisso y Appelbaum (2001). Se trata de un protocolo para evaluar el grado de competencia de los pacientes y se centra en cuatro ejes: 1) *comprensión* (de la enfermedad, del tratamiento y de los riesgos y beneficios); 2) *apreciación* (de la situación de la enfermedad y del objetivo general del tratamiento); 3) *razonamiento* (lógico-secuencial, lógico-comparativo, predictivo (consecuencia de la elección) y consistencia interna del procedimiento de elección); y 4) *elección* de una decisión. Pese a ser una buena herramienta, este test no es en sí un diagnóstico sobre la competencia, sino solo una aproximación evaluativa. Por lo tanto, la decisión final ha de ser el resultado de un análisis clínico integral del

paciente, en el que la puntuación que se extraiga de este test sea un elemento más a tener en cuenta en la decisión final.

Ciertamente, el McCAT-T es de gran utilidad y es frecuentemente utilizado en diversas (psico)patologías, sin embargo, ha recibido algunas críticas (Breden y Vollman, 2004). La primera es que el McCAT-T se centra en el análisis de los factores cognitivos, lo cual se pone en duda debido a los hallazgos de los estudios empíricos, que han demostrado que no hay correlación significativa entre los resultados obtenidos con este y los test neuropsicológicos aplicados a pacientes con demencia. «Los resultados de las habilidades cognitivas parecen ser necesarios pero no suficientes. La competencia en la toma de decisiones requiere, al menos –pero no solo–, habilidades cognitivas.» Una segunda crítica se centra en el análisis de una argumentación racional desde su consistencia lógica; sin embargo, es significativo comentar que las decisiones que tomamos a diario frecuentemente están basadas en sentimientos, emociones, valores, factores biográficos... Por lo tanto, que la elección no sea *racional* no significa, necesariamente, que no sea una decisión competente. Una decisión *auténtica* no siempre es estrictamente racional. Un buen ejemplo es cuando una persona Testigo de Jehová rechaza un tratamiento médico en base a sus creencias religiosas. Centrar la competencia en el análisis cognitivo puede suponer que algunos pacientes no serán competentes, ya que deciden desde sus valores, emociones, etc. Todo ello puede ocasionar conflictos éticos al no respetar el principio de autonomía, dado que el paciente no toma decisiones racionales, aunque sí razonadas. Pero además, el juicio que emite el clínico al considerar que la decisión no es *racional* depende de la percepción del profesional, así que en último término supone que el proceso de valoración de la competencia reside en una opinión subjetiva.

Por tanto, los cuatro parámetros de la evaluación tendrían que ser evaluados desde perspectivas cognitivas y no-cognitivas extraídos tanto del análisis cuantitativo (test, cuestionarios, etc.) como cualitativo (entrevistas que evalúen los argumentos biográficos, psicológicos y/o emocionales). La importancia de tener claro qué significa ser *competente* o no va a incidir notablemente en las siguientes situaciones:

¿se tiene que aceptar un DVA en salud mental?, ¿cuándo se tendría que invocar el DVA?, ¿se puede revocar y/o modificar un DVA?

4. Realizando y llevando a la práctica el DVA en salud mental: algunos inconvenientes y consejos

Una de las grandes reticencias que hay sobre el DVA en salud mental es la de cuestionar si el paciente era competente cuando realizó el documento. Ciertamente, los pacientes psiquiátricos pueden tener problemas para poder tomar decisiones por sí mismos, pero en tales casos es cuando hemos de llevar a cabo la valoración²¹, sin olvidar que no hay un estándar perfecto, una herramienta que automáticamente nos dé una valoración 100% fiable (Molloy, 1996). Si en el momento de la realización del DVA era competente, a la hora de aplicarlo a las situaciones concretas no debería haber ningún problema al respecto. Es más, aceptar dicha crítica supondría poner en duda *todos* los DVA, sean del tipo de paciente que sean, pues siempre cabría la duda de si la persona era competente o no. En cualquier caso, como sostienen Srebnik y Scott (2006), deberíamos tomar como referencia la presunción de competencia de la persona, pues muchos pacientes con enfermedades mentales tendrán la competencia suficiente como para crear un DVA. Sea como fuere, en aquellos casos en los que sea dudosa su competencia ha de ser una obligación legal y ética llevar a cabo el proceso valorativo, pues de lo contrario podríamos dejar decidir a personas que por su condición no pueden. Hemos de respetar las decisiones de las personas competentes, pero también hemos de velar por su integridad, por su mayor beneficio, y evitar además cualquier daño. Y todo ello ha de tener como referencia los valores de la persona.

Ahora bien, sí que podríamos cuestionar si el paciente fue debidamente informado, pues la información es uno de los requisitos para poder tomar decisiones competentes. Pero la cuestión entonces se centraría en el proceso informativo y no tanto en la *competencia* (entendida como capacidades psicológicas

²¹ Hay instrumentos que evalúan la *comprensión, razonamiento, apreciación y elección de una elección* para crear un DVA (Srebnik *et al.*, 2004).

y/o motivos referentes a sus valores) del paciente. Los estudios (Carpenter *et al.*, 2000; Dunn y Jeste, 2001) muestran que los pacientes psiquiátricos necesitan más tiempo para procesar la información y por eso es conveniente repetírsela varias veces, para así asegurarnos de que la entienden. Es también una buena estrategia informarles mediante gráficos, leídos en voz alta, para pedirles después que parafraseen aquello que hayan entendido. La información dada ha de ser acorde con las características (cognitivas, educativas, etc.) de la persona. Es aconsejable también recordarles que pueden preguntar cualquier asunto.

Así pues, asumir que alguien era competente en el momento de realizar el DVA, implica automáticamente tener que respetar lo que allí puso (si no es contrario al ordenamiento jurídico ni a la buena praxis). El problema, nuevamente, es que muchos profesionales siguen teniendo pegadas en este punto. Es frecuente la creencia de que una persona rechazará todos los fármacos en el DVA, lo cual significaría mala praxis por considerarse un riesgo para la salud del paciente y la de terceros; sin embargo, no es un hecho que se dé (Backlar *et al.*, 2001; Swanson *et al.*, 2006), ya que los pacientes sí aceptan tratamientos que son bien tolerados por ellos. Otro problema que tienen los profesionales y que les puede llevar a no respetar un DVA consiste en considerar que, por estar en un ingreso involuntario, el paciente ha de aceptar *automáticamente* cualquier tipo de tratamiento, y pensar que si se niega es porque no tiene conciencia de su enfermedad. Además, se teme que la negativa a recibir tratamiento pueda desembocar en algún tipo de conducta violenta por parte del paciente, lo cual nuevamente preocupa aún más a los profesionales. No obstante, el problema de raíz es considerar que la persona no fue competente cuando hizo su DVA, pues se basa solo en el hecho de que *ahora no lo es*. En cualquier caso, como sostienen Swanson *et al.* (2006), todo ello puede simplemente desvelar que, en el fondo, se trata de una decisión *paternalista* que no tiene en cuenta la autonomía de la persona.

Y en este punto es cuando se realiza la cuestión sobre cuándo tiene que *activarse* el DVA. En primer lugar, la tarea ha de ser la de verificar si la persona es competente en ese momento, pues si lo es no hay que consultar el DVA, sino

simplemente aceptar lo que desea, siempre y cuando dé motivos convincentes para ello. Si no puede hacerlo, es cuando se tienen que activar. El problema fundamental en este punto es si el paciente rechaza lo que él mismo había puesto. Srebnik y Scott (2006) sostienen que una persona con competencia siempre puede revocar el DVA, utilizándose para ello los mismos criterios de valoración de la competencia. Pero estos autores rechazan la posibilidad de que un paciente en una situación aguda de delirios lo rechace. La situación problemática que puede derivarse es la del paciente (autónomo y competente) que protesta y se niega a tomar un medicamento que no había rechazado en el DVA, lo cual puede traducirse en una situación que conlleve algún tipo de medida coercitiva.

Ante esta situación, caben dos modos de actuar. Por un lado, debería ser el momento idóneo para comenzar unos planes de decisión anticipada y consensuar con el paciente las distintas modalidades terapéuticas. Por otro lado, la figura del representante será decisiva para que se respete la decisión de la persona.

Ahora bien, el representante, al tomar una decisión subrogada (Ramos, 2015), buscará que se respete a la persona *presuntamente* incompetente. Para ello, se puede tomar como referencia el criterio del *juicio sustitutivo* que una persona *competente* toma en nombre de otra que es *incompetente*. Dicha decisión ha de tener como referencia los deseos y preferencias de la persona incapacitada, y no los de quien ha de sustituirla. Se trata, por tanto, de decidir *por* ella teniendo en cuenta lo que esta decidiría. El sustituto ha de escoger la opción que tomaría el *mismo paciente* si fuera capaz. Y lo ha de hacer teniendo en cuenta la escala de valores del incapacitado: aspectos psicológicos (miedos, tristeza...) y clínicos (diagnóstico, pronóstico, etc.).

Podría tomarse incluso el *criterio del mayor beneficio o del mejor interés*, que consiste en excluir a la persona de la toma de decisiones y buscar solo aquello que más le beneficia. Se ha de aplicar cuando no sabemos cómo quiere ser tratada, como por ejemplo cuando nunca ha sido competente, no ha proporcionado argumentos serios, carece de familiares que puedan aportar información... Este criterio ha de ser de segunda elección, pues lo primordial es que el paciente, en la medida de lo posible, forme parte en la toma de decisiones.

El objetivo, por tanto, reside en buscar un tipo de relación asistencial basada en la confianza y respeto por la persona, que empodere a los pacientes para que sean ellos los que decidan sobre su propio cuerpo. Esto está indicando que consideramos a la persona con dignidad, sin discriminación, pues a fin de cuentas hemos de asumir que todas las personas tienen el derecho a realizar un DVA y a que este sea respetado. Asumir esto implica el respeto por la autonomía, la búsqueda del mayor beneficio y la evitación de daños, así como la constatación del derecho a la inviolabilidad de la persona al no imponerle ningún tipo de decisión en contra de su voluntad. Además, asumiendo el derecho al DVA y su respeto, evitamos que no haya un *reconocimiento recíproco* (Honneth, 1992) al tener presente que hemos de rechazar: 1) la *ofensa y humillación* en comparación con otros al denegarle el derecho al DVA; 2) la *vulneración física* al estar indefenso ante las decisiones de los profesionales; y 3) y la *humillación social* al sentir que no ha sido respetado como persona.

5. Conclusiones

Los pacientes con enfermedades mentales también quieren dejar anotado en un DVA sus deseos y rechazos de tratamientos, así como cuestiones referentes a su estancia hospitalaria. Una de las grandes dificultades es que pueden tener dificultades en la toma de decisiones por no tener competencia suficiente. En tal caso, esto ha de probarse, es decir, hay que valorar su competencia, y no partir de que no son competentes. Esto estigmatiza y discrimina a estos pacientes. La valoración de la competencia ha de estar basada en instrumentos, entrevistas, etc., que contemplen también los valores y deseos de la persona. Ha de ser una obligación ética y legal verificar que es competente, pero para ello los clínicos han de despojarse de algunos prejuicios sobre el DVA. Si en el momento de realizar el DVA era competente, y de hecho este es un requisito indispensable para elaborar un DVA, ha de respetarse su decisión. Es más, si en el momento actual es competente hemos de considerar la revocabilidad del DVA. En este punto la figura del representante que vele por los intereses de la persona (*presuntamente incompetente*)

juegan un papel crucial si lo que queremos es verdaderamente tratar a la persona con dignidad y respeto.

BIBLIOGRAFÍA

- APPELBAUM, Paul S., y GRISSO, Thomas. *The MacArthur Competence Assessment Tool-Clinical Research*. Sarasota: Professional Resource Press, 2001.
- BACKLAR, Patricia, *et al.* «Consumer, Provider, and Informal Caragiver Opinions on Psychiatric Advance Directives», en *Administration and Policy in Mental Health*. 2001, vol. 28, núm. 6.
- BREDEN, Torsten, y VOLLMANN, Jochen. «The Cognitive Based Approach of Capacity Assessment in Psychiatry: A Philosophical Critique of the McCAT-T», en *Health Care Analysis*. 2004, vol. 12, núm. 4.
- CLARE, Isabel, *et al.* «The Capacity of People with a ‘Mental Disability’ to Make a Health Care Decision», en *Psychological Medicine*. 2000, vol. 30, núm. 2.
- CARPENTER, William, *et al.* «Decisional Capacity for Informed Consent in Schizophrenia Research», en *Archives of General Psychiatry*. 2000, vol. 57, núm. 6.
- DUNN, Laura, y JESTE, Dilip. «Enhancing Informed Consent for Research and Treatment», en *Neuropsychopharmacology*. 2001, núm. 24.
- España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, 15 de noviembre de 2002, núm. 274.
- HONNETH, Axel. «Integridad y desprecio. Motivos básicos de una concepción de la moral desde el reconocimiento recíproco», en *Isegoría*. 1992, núm 5.
- JESTE, Dilip, *et al.* «Magnitude of Impairment in Decisional Capacity in People With Schizophrenia Compared to Normal Subjects: An Overview», en *Schizophrenia Bulletin*. 2006, vol. 32, núm. 1.
- MOLLOY, D. William, *et al.* «Measuring Capacity to Complete and Advance Directive», en *Journal of the American Geriatrics Society*. 1996, vol. 44, núm. 6.
- MOYE, Jennifer, *et al.* «Empirical advances in the assessment of the capacity to consent to medical treatment: Clinical implications and research needs», en *Clinical Psychology Review*. 2006, vol. 26, núm. 8.
- PALMER, Barton, y JESTE, Dilip. «Relationship of individual cognitive abilities to specific components of decisional capacity among middle-aged and older patients with schizophrenia», en *Schizophrenia Bulletin*. 2006, vol. 32, núm. 1.

- RAMOS, Sergio. «La toma de decisiones compartidas en pacientes con esquizofrenia: cuestiones médicas y éticas», en *Dilemata. Revista Internacional de Éticas Aplicadas*. 2012, núm. 10.
- «Las decisiones subrogadas en pacientes con esquizofrenia», en *Revista Bioética y Derecho* [en línea]. 2015, núm. 33 [consulta: 7 de julio de 2014]. Disponible en: <<http://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/11565/14434>>.
- RAMOS, Sergio, y ROMÁN, Begoña. «Las voluntades anticipadas en pacientes con esquizofrenia: un instrumento para potenciar la autonomía», en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 201, vol. 34, núm. 121.
- SIMÓN, Pablo. *El consentimiento informado*. Madrid: Triacastela, 2000.
- SREBNIK, Debra, y SCOTT, Y. Kim. «Competency for Creation, Use, and Revocation of Psychiatric Advance Directives», en *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 2006, vol. 34, núm. 4.
- SREBNIK, Debra, *et al.* «Assessing Competence to Complete Psychiatric Advance With the Competence Assessment Tool for Psychiatric Advance Directives», en *Comprehensive Psychiatry*. 2004, vol. 45, núm. 4.
- STURMAN, Edward. «The Capacity to Consent to Treatment and Research: A Review of Standardized Assessment Tools», en *Clinical Psychology Review*. 2005, núm. 25.
- SWANSON, Jeffrey, *et al.* «Facilitated Psychiatric Advance Directives: A Randomized Trial of an Intervention to Foster Advance Treatment Planning Among Persons with Severe Mental Illness», en *American Journal of Psychiatry*. 2006, vol. 163, núm. 11.
- «Superseding Psychiatric Advance Directives: Ethical and Legal Considerations», *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. 2006, vol. 34, núm. 3.

REFLEXIONES EN TORNO AL TRATAMIENTO AMBULATORIO INVOLUNTARIO

Miguel Martínez y Belén Gías

Resumen

La libertad, como derecho fundamental, incluye la posibilidad de decisión de un ser humano a someterse o no a un tratamiento médico. En la práctica psiquiátrica es habitual encontrarnos situaciones en las que la capacidad de decisión se encuentra comprometida. En estos casos, ¿se puede obligar a alguien seguir un tratamiento en contra de su voluntad? Y, si es así, ¿qué condiciones tendría que cumplir este tratamiento involuntario para que fuera lo menos restrictivo y lo más beneficioso posible para el paciente? Éstos son los puntos de partida para un debate que ya dura años sobre el Tratamiento Ambulatorio Involuntario (TAI). A lo largo de la comunicación se expone el marco legal actual en España, los tipos de tratamientos ambulatorios involuntarios propuestos y una breve aproximación ética desde la práctica clínica.

Palabras clave: tratamiento ambulatorio involuntario, autonomía, psiquiatría, bioética.

La libertad es un derecho fundamental que está recogido en el artículo 17 de la Constitución Española (1978) y en la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948). Dentro de la libertad de las personas está el derecho a decidir si se someterán o no a un tratamiento médico. El Convenio de Oviedo sobre Derechos Humanos y Biomedicina (Consejo de Europa, 1997) y la Ley de Autonomía del Paciente (LAP, 41/2002) consagran este derecho, pero en el campo de la psiquiatría nos podemos encontrar con personas que, como consecuencia de su enfermedad, tienen disminuida su capacidad de decisión de forma temporal o permanente. La cuestión que nos planteamos en este artículo es: ¿estas personas pueden ser obligadas a seguir un tratamiento?, y, si es así, ¿qué condiciones tendría que cumplir

este tratamiento involuntario para que fuera lo menos restrictivo y lo más beneficioso posible para el paciente?

La reflexión de este trabajo gira en torno a un debate abierto en psiquiatría desde hace años, y que hace referencia al tratamiento ambulatorio involuntario (TAI). El TAI es una modalidad propuesta para aquellos pacientes con trastorno mental grave que se niegan a recibir tratamiento (generalmente farmacológico). Su negativa es consecuencia de no considerar sus pensamientos, percepciones o acciones como productos de un trastorno psiquiátrico. Suele tratarse de pacientes que ingresan frecuentemente en las plantas de psiquiatría: abandonan el tratamiento tras el alta y, como consecuencia de este abandono, sufren nuevas descompensaciones que requieren un nuevo ingreso (generando así una asistencia de puerta giratoria) o trastornos de conducta que suponen un riesgo para terceros o para ellos mismos.

En 2004 se presentó en el Congreso de los Diputados la propuesta de añadir un quinto punto al artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC, 1/2000), que regula el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico. Esta propuesta, que abría la posibilidad de regularizar el TAI, fue tomada en consideración en la sesión del 5 de octubre de 2004, y un grupo de expertos compareció en la Comisión de Justicia en las sesiones de los días 1 y 2 de marzo de 2005. Este grupo estaba formado por representantes de la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES) y de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, que defendieron respectivamente sus posiciones a favor y en contra de dicha propuesta (hay que señalar, sin embargo, que en el 2009 la FEAFES retiró su apoyo a la medida). En 2007 hubo una nueva comparecencia de un grupo de expertos para valorar la propuesta de regulación del TAI y en 2010, en el Parlamento de Cataluña, se abordó la propuesta de su judicialización. En los tres casos, la medida fue rechazada por falta de consenso, de modo que la legislación sobre tratamientos involuntarios en psiquiatría no se ha modificado (Roig Salas *et al.*, 2012).

1. Situación legislativa actual en España

La legislación española actual comprende, por un lado, las leyes estatales promulgadas por las Cortes Españolas, y por otro lado, los convenios y tratados internacionales que España ha ratificado y que están en vigor.

A nivel estatal, el internamiento involuntario por causa de trastorno psiquiátrico está regulado por el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Este artículo ha sido declarado inconstitucional, en sentencia del 2 de diciembre de 2010 (STC 132/2010), por defecto de forma, ya que afecta a un derecho fundamental como es la libertad. Según esto, el internamiento involuntario tiene que estar regulado por una ley orgánica. Sin embargo, el artículo 763 no está anulado, ya que su anulación daría lugar a un vacío legal. El propio Tribunal Constitucional insta a los legisladores a que, con la mayor brevedad posible, regulen esta medida mediante una ley orgánica. De momento, aún no se ha hecho. Por otro lado, la Ley de Autonomía del Paciente regula en su artículo 8 el consentimiento informado. En las *Recomanacions del Comitè de Bioètica de Catalunya davant el rebuig dels malalts al tractament* (CBC, 2010) queda igualmente recogida la figura del rechazo al tratamiento como derecho a ejercer la libertad explicitada en la Ley General de Sanidad (LGS, 14/1986) y en la Ley de Autonomía del Paciente. Finalmente el Código Penal español contempla aplicar medidas de tratamiento involuntario en la comunidad como alternativas al ingreso en prisión en el artículo 96 de su Ley Orgánica de las Garantías Penales y de la Aplicación de la Ley Penal (LOGPALP, 10/1995).

En el marco europeo e internacional cabe destacar el Convenio de Oviedo sobre Derechos Humanos y Biomedicina, y también encontramos la *Recomendación (2004) 10 del Comité de Ministros del Consejo de Europa* a los estados miembros, relativa a la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales.

Así pues, en lo que se refiere a la legislación sobre tratamientos involuntarios en España, asistimos a una indefinición evidente. Por un lado, el internamiento involuntario está regulado por una ley declarada inconstitucional pero que continúa

en vigor hasta que la Cortes redacten una ley orgánica. Por otro lado, la figura del tratamiento ambulatorio involuntario no está regulada específicamente (únicamente se contempla como una medida penal alternativa), y aquellos que la aplican se acogen al artículo 7 del Convenio de Oviedo o al artículo 9 de la Ley de Autonomía del Paciente. En conclusión, existe un vacío legal importante, tanto a nivel del internamiento involuntario como del TAI, con leyes poco concretas que dejan mucho espacio a interpretaciones libres y que desprotegen a pacientes y profesionales, generándose así un debate que se abre periódicamente.

2. Tipos de tratamiento ambulatorio involuntario

Podemos encontrar diferentes tipologías de TAI²²:

- 1) TAI como alternativa post-alta de una unidad de internamiento cerrada: regulado en Inglaterra, Gales, Alemania, Francia, Portugal, Luxemburgo, Bélgica, diferentes estados de EEUU o Canadá. *After care under supervision* o *conditional release*.
- 2) TAI como alternativa al internamiento: contemplado en Israel y diversos estados de los EEUU como Alaska, se basa en ofrecer el tratamiento menos restrictivo posible siguiendo las recomendaciones de la OMS.
- 3) TAI como permisos de ensayo: regulado en Francia y en España durante la IIª República. En estos momentos, práctica generalizada en las unidades de hospitalización.
- 4) TAI como tratamiento preventivo: es la forma más pura de TAI, como ejemplo cabe destacar la Ley Kendra del Estado de Nueva York (Kendra's Law, 1999).

²² Para profundizar en las diferentes tipologías de TAI, ver la bibliografía (Barrios Flores, 2004; Blanch *et al.*, 2009; Ferreirós-Marcos, 2006; Kendra's Law, 1999-2005; Laura's Law, 2002).

3. Aplicación del TAI en España

Aunque, como ya se ha comentado, no existe en España una regulación específica sobre el TAI, en diferentes juzgados se han dictaminado órdenes de TAI siguiendo el principio de aplicar el tratamiento menos restrictivo posible (Cañete-Nicolás *et al.*, 2012; Hernández-Viadel *et al.*, 2007; Núñez Bolaños, 2012).

Así, en San Sebastián, se está realizando desde 1997 una experiencia de TAI en un juzgado de la ciudad. Entre 1997 y 2003 se aplicó el TAI a 45 pacientes. Las conclusiones son que el TAI funciona en los pacientes diagnosticados de psicosis y, además, sirve para introducirlos en recursos terapéuticos disponibles a los que anteriormente el paciente se negaba a asistir. En Valencia se aplica desde 2003 y se ha llegado a 140 pacientes en TAI. El diagnóstico más frecuente es el de esquizofrenia (68,6 %), y uno de cada tres esquizofrénicos del programa presentaba problemas con tóxicos. En un 79 %, la solicitud de TAI se realiza durante el ingreso del paciente en una unidad de hospitalización, como paso previo al alta. Los motivos por los que se instaura son: recaídas frecuentes por abandono de la medicación (63 %), nula intención de seguir el tratamiento (24 %) y conducta agresiva (13 %). En Sevilla, el Juzgado de Primera instancia número 15 dictamina autorizaciones de TAI siguiendo la premisa de que todo paciente tiene derecho a ser tratado de la manera menos restrictiva posible y partiendo de la base de que el juez tiene la obligación de proteger a las personas con discapacidad.

También encontramos sentencias aisladas que lo apoyan en comunidades autónomas como Galicia, Asturias y Catalunya.

4. Resultados del TAI allí donde se ha aplicado

Se han realizado diferentes estudios acerca de la eficacia del TAI: algunos avalan su eficacia y otros no encuentran mejoras significativas. Cabe destacar que estos estudios no son muy numerosos y que presentan dificultades metodológicas. Así, encontramos una primera generación de estudios observacionales y una segunda

generación, menos numerosa si cabe, donde se compara, mediante un reparto aleatorio, a pacientes con TAI frente a un grupo control.

En la primera tabla encontramos los estudios que avalan el TAI:

ESTUDIO	MÉTODO	MEDIDAS	RESULTADOS
Zanni <i>et al.</i> 1989	Observacional: 42 pacientes.	Nº de ingresos pre y post-TAI.	Disminución nº de ingresos.
Fernández y Nygard 1990	Observacional: 4179 pacientes.	Nº de ingresos y estancias pre y pos-TAI.	Disminución nº de ingresos y estancias.
Munetz <i>et al.</i> 1996	Observacional: 26 pacientes.	Estancias hosp. y días de trabajo pre y pos-TAI.	Disminución de estancias y aumento de días de trabajo.
Hiday <i>et al.</i> 1989	2 grupos: 69 pacientes con TAI y 84 ingresados involuntarios.	Cumplimiento del tratamiento y asistencia a recursos de los 2 grupos.	El grupo TAI cumplió mejor el tratamiento y utilizó más los recursos.
Zanni y Stavis 2007	2 grupos: 115 pacientes con TAI y 78 elegidos al azar (mín. 1 ingreso).	Comparación entre los 5 años anteriores y los 2 posteriores.	Disminución de hospitalizaciones los 2 años posteriores en el grupo TAI.
Van Dorn <i>et al.</i> 2010	Observacional: 3576 pacientes que habían hecho TAI entre 1997-2007.	Tasas de posesión de medicación y de hospitalización.	Los beneficios son mayores si la medida se aplica más de 6 meses.
Swartz <i>et al.</i> 2001	Caso-control prospectivo: reparto aleatorio: 129 pacientes con TAI con 135 grupo control.	Tasas de rehospitalización: seguimiento de 1 año.	Disminución de las tasas de hospitalización en los pacientes en TAI.
Hernández-Viadel <i>et al.</i> 2007	Observacional: 38 pacientes con TAI.	Utilización de servicios 6 meses antes y 6 después.	Disminución del nº urgencias, ingresos y días de hospitalización.

En esta segunda tabla encontramos los estudios que no encuentran mejoras significativas:

ESTUDIO	MÉTODO	MEDIDAS	RESULTADOS
Bursten 1986	Observacional: 221 pacientes.	Diferencias en las tasas de rehospitalización.	No hay diferencias entre los pacientes TAI y el grupo control.
Preston <i>et al.</i> 2002	Casos-control: 228 TAI y 221 controles respectivamente.	Reducción en la utilización de servicios de salud.	El TAI no reduce la utilización de los servicios de salud.
Steadman <i>et al.</i> 2001	Casos-control prospectivo: 78 TAI y 64 control.	Nº de ingresos y estancias medias.	No hay diferencias significativas.
Kisely <i>et al.</i> 2011	Revisión Cochrane: 2 estudios aleatorizados con 416 pacientes.	Utilización de servicios, funcionamiento social y calidad de vida.	No hay diferencias significativas, habría que hacer más estudios.

En resumen, los estudios que avalan el TAI coinciden en que se produce una disminución de los ingresos y de los días totales de estancia hospitalarios en los pacientes implicados. También hay estudios que observan mejoras en otros aspectos como, por ejemplo, el aumento de días de trabajo o la mejor utilización de recursos. Por otra parte, un número menor de estudios no encuentra diferencias significativas entre los pacientes en TAI y el resto en cuanto a las tasas de rehospitalización, el número de ingresos y las estancias medias, y la utilización de servicios, el funcionamiento social y la calidad de vida.

Es necesario remitirnos a la recomendación de la revisión Cochrane de 2011 (Kisely *et al.*, 2011), donde constatan la escasez de estudios y la necesidad de realizar más para poder llegar a una conclusión definitiva.

5. Controversias en torno al TAI...

En cualquier caso, el debate que genera esta medida queda reflejado en la cantidad de publicaciones que han surgido durante estos años, tanto a favor como en contra. A grandes rasgos los argumentos se podrían resumir en los siguientes.

Argumentos a favor de la aplicación del TAI²³:

- 1) La anosognosia inherente a algunas situaciones de trastorno mental hacen que la decisión de no tomar el tratamiento no sea libre y voluntaria, sino producto de la propia enfermedad: en estos casos, la aplicación del TAI tiene como objeto que el paciente recupere la autonomía i la competencia; una coacción inicial puede llevar a recuperar condiciones necesarias para la toma de decisiones.
- 2) El mayor daño que se puede hacer a alguien que tiene mermada su capacidad de decisión por una enfermedad, cuando existe la posibilidad de recuperarla con un tratamiento adecuado, es inhibirse a la hora de proporcionar dicho tratamiento. La aplicación del TAI no puede ser desprestigiada como una medida paternalista: su no aplicación resulta en una acción maleficente.
- 3) La ley actual que posibilita un tratamiento involuntario es desproporcionada, ya que restringe todas las libertades del paciente. Por el contrario, una ley sobre el TAI afectaría exclusivamente aquello que hace referencia a la salud mental en un momento dado.
- 4) Hemos de considerar el derecho del paciente a tratarse en el medio menos restrictivo posible.
- 5) La enfermedad mental produce mermas en la conciencia de enfermedad y en la capacidad de asumir determinadas responsabilidades. Estas mermas quedan reflejadas en las actuaciones recogidas en el Código Civil y Penal y no son tildadas en ningún caso de discriminatorias. Son acciones que

²³ Para profundizar en los argumentos a favor del TAI, ver la bibliografía (Consejo de Europa, 2004; Zanni y Stavis, 2007; Padilla Toledano, 2012; Lagndon, 2009; Amador y Gorman, 1998; Cuffel *et al.*, 1996; Aleman *et al.*, 2006; Gilleen, 2011; Martínez Vázquez, 2008).

están fuera de toda duda, pues atañen a situaciones de urgencia y de peligrosidad.

- 6) No se ha observado que el TAI tenga un efecto negativo sobre la alianza terapéutica.
- 7) El Convenio de Oviedo y la Ley de Autonomía del Paciente contemplan excepciones a la aplicación general del consentimiento informado, y se señala la necesidad de protección de dichos pacientes.

Argumentos en contra de la aplicación del TAI²⁴:

- 1) Medida coercitiva: infringe el principio del consentimiento informado.
- 2) Es una medida discriminatoria, pues aplica una ley específica a una población concreta, lo que supone un plus de estigmatización al trastorno mental.
- 3) Afecta de manera negativa a la alianza terapéutica con el paciente.
- 4) La judicialización del tratamiento puede derivar en una desresponsabilización de profesionales y usuarios del proceso terapéutico.
- 5) Si se dotara de recursos suficientes la atención comunitaria y sociosanitaria, el TAI no tendría razón de ser.
- 6) Riesgo de generalización de la medida.
- 7) Solo puede aplicarse al tratamiento farmacológico, en general inyectable, lo que implica más violencia para el paciente.
- 8) Énfasis en el control del paciente, no en sus necesidades y problemas.
- 9) Confusión de los papeles que corresponden a la Administración de Justicia, las fuerzas de seguridad y la Administración sanitaria. Esta confusión puede llevar a presentar cuestiones sanitarias como cuestiones de legalidad, y favorecer la práctica de una medicina defensiva.
- 10) En la relación médico-enfermo, el médico tiene la información pero el individuo enfermo es soberano de su cuerpo y ha de gestionar su cuidado, es decir, el enfermo es quien puede tomar la decisión de aceptar

²⁴ Para profundizar en los argumentos en contra del TAI aconsejamos recurrir a la bibliografía (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2005; Bravo Ortiz, 2012; Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya; Sánchez Monge, 2012; Romero y Gorrotxategui, 2009)

o no un tratamiento. Y, si bien es verdad que las personas con enfermedad mental pueden tener disminuida su capacidad de decisión, al generalizar corremos el riesgo de desvalorizar también las razones legítimas del paciente para rechazar el tratamiento.

6. ... y reflexiones bioéticas en torno al TAI

Cualquier tratamiento involuntario está inevitablemente acompañado de una deliberación ética. En la mayoría de las reflexiones sobre el tema que nos ocupa, el eje de la reflexión lo configuran los conocidos cuatro principios bioéticos de Beauchamp y Childress. Si bien los autores no establecen una jerarquía entre ambos, la realidad es que la no jerarquización es más que cuestionable, al menos en lo que se refiere a la práctica asistencial y a los espacios de reflexión. En nuestro medio, D. Gracia (Gracia, 1999 y 2001) ofrece una jerarquía de los principios bioéticos en función de premisas ontológicas basadas en el imperativo categórico kantiano: la premisa de la dignidad, según la cual no se nos puede utilizar como medios, sino que somos fines en nosotros mismos; y la premisa de la universalización, que afirma que todos los hombres merecemos igual dignidad y respeto. El imperativo categórico es aplicado a diario en la ética civil básica: toma la forma del principio de justicia en el ámbito social, y la del principio de no maleficencia en el ámbito de la vida biológica. El autor considera que estos principios, al tener una fundamentación deontológica y no *felicitaria*, son principios absolutos: conformarían el nivel I de la toma de decisiones morales que han de regir la práctica clínica. En el nivel II estaría la ética de máximos, donde el principio de autonomía plantea la obligación moral de llevar mi vida a su plenitud, y es desde este proyecto de vida autónomo que defino qué es para mí el bien. Este segundo nivel se podría considerar, de alguna manera, inferior al otro desde un punto de vista filosófico.

Pero más allá de los principios expuestos, la piedra angular del debate sobre el TAI es la cuestión de la autonomía y la valoración de la competencia del paciente, ya sea para cuestionarlas, ya sea para ponerlas como garantía de una decisión en el

ámbito de la salud. Se trata de un asunto delicado, pues son precisamente las dudas sobre la autonomía en el ámbito de la salud mental las que generan argumentos y contraargumentos que parecen entrar en un bucle sin fin.

Posiblemente uno de los factores que más ha contribuido al debate sea la idea del respeto a la dignidad del ser humano: la inviolabilidad de la vida humana individual, el valor del ser humano en la sociedad, el respeto a la capacidad moral humana, considerar al ser humano como un fin en sí y no como un medio. En todos los casos, el principio de dignidad hace referencia al valor intrínseco y a la igualdad fundamental de todos los seres humanos. Como se ha comentado, en la mayoría de los debates sobre el TAI, los argumentos parten del principialismo para sentar las bases de la dignidad sobre la idea de autonomía. Y es aquí donde nos percatamos de que con la autonomía no basta y de que es preciso apelar al concepto de vulnerabilidad (Feito, 2007).

La vulnerabilidad expresa dos ideas básicas. (a) Expresa la finitud y la fragilidad de la vida en las que, en aquellas personas capaces de autonomía, se funda la posibilidad y necesidad de toda moral. (b) La vulnerabilidad es el objeto de un principio moral que requiere del cuidado de los vulnerables. Los vulnerables son aquellos cuya autonomía, dignidad o integridad son susceptibles de ser amenazadas. Como tales, todos los seres que tienen dignidad son protegidos por este principio. Pero el principio también exige específicamente no solo la no interferencia con la autonomía, dignidad o integridad de los seres sino también que reciban asistencia para poder desarrollar todo su potencial. (Rendtorff y Kemp, en Solbakk, 2011).

Bajo estas premisas, la vulnerabilidad deviene origen de la ética. Al sabernos limitados, y en la medida en que la capacidad de sufrimiento genera un sentimiento de empatía, la conciencia de la vulnerabilidad se convierte en una fuente de preocupación por los otros y de confianza en ellos. Nuestra común vulnerabilidad nos liga al resto de las personas por dos vías:

- 1) constituyendo la base de una justificación racional y emocional para la idea de justicia;

- 2) vinculando la obligación moral al sentimiento de respeto por la dignidad y a la compasión por el vulnerable.

Remitirnos a la vulnerabilidad nos recuerda que el respeto a la dignidad no puede partir exclusivamente de un concepto reducido de autonomía solipsista, ideal y transcendental en el ámbito de la autoconciencia, en un individuo aislado. Por el contrario, la autonomía consta de una dimensión intersubjetiva, expresión del reconocimiento del vulnerable. La fuente de la obligación moral no es el mero interés calculado, ni tampoco la mera simpatía por el frágil. Es el doble vínculo de la autonomía: el vínculo con uno mismo como capacidad de auto-obligarse, y el vínculo con los demás al darse las leyes que cada cual querría para toda la humanidad (Feito, 2011; Bonilla, 2006; Conill, 2013). Esta es la idea que nos transmite Adela Cortina en su *Ética de la razón cordial*: los fundamentos de la moral están constituidos por la vulnerabilidad, el necesitarnos mutuamente, la carencia como base de la solidaridad y de la naturaleza de los vínculos que nos unen. Estos vínculos son el fundamento en la medida que son una ligadura, una *ligatio* que se da en el diálogo que nos constituye, pues somos personas en el vínculo dialógico con los otros, un vínculo muy particular:

Sin duda, “obligación” es sinónimo de deber en todas las lenguas. Pero tiene una peculiaridad, y es que lo debido descansa en el reconocimiento de un vínculo, de una *ligatio*, de la que se sigue una *obligatio*; entonces la obligación puede ser o bien un deber, es decir, la respuesta a una exigencia, o bien el regalo que hace quien se sabe y se siente ligado a otro. (Cortina, 2007).

Desde la propuesta de la razón cordial de Cortina, la autonomía queda intersubjetivizada por el reconocimiento recíproco y la compasión, en un marco en el que la interacción comunicativa y lingüística va conformando una autonomía experiencial, comunicativa y compasiva. El concepto de autonomía deviene así en *coautonomía* (Conill, 2013; Cortina, 2007 y 2013).

7. Conclusiones

A grandes rasgos, podríamos cerrar estas reflexiones con dos conclusiones:

- 1) El debate en torno a la autonomía, especialmente la de los más vulnerables, se dirige a buscar un equilibrio, una articulación entre la *ética de la justicia* y la *ética del cuidado*. Si nos posicionamos exclusivamente en una defensa a ultranza de la ética de la justicia, aplicando principios morales abstractos, formalismos y imparcialidad, y prescindiendo de las particularidades como individuo, conseguiremos no perjudicar en base a no conculcar la autonomía del paciente. Pero tan inmoral es hacer algo que perjudique a otros como el abandono del frágil, la falta de respuesta, de responsabilidad. Por otro lado, desde el predominio de la ética del cuidado, teniendo exclusivamente en cuenta las peculiaridades y los sentimientos, podemos caer en la beneficencia paternalista, en lo injusto, la estigmatización y el atropello de la dignidad de las personas.

Se trata de un debate que implica reconocer que ambas categorías se solapan y se implican mutuamente: el cuidado debe reconocer la justicia en las relaciones interpersonales; y la justicia exige determinar lo que constituye un cuidado adecuado para cada uno (Romero y Gorrotxategui, 2009; Feito, 2005 y 2007; Solbakk, 2011).

- 2) En la educación en el ámbito de la salud, la tecnificación de las prácticas corre en ocasiones paralela al olvido de compromisos éticos con la profesión a nivel personal, institucional y social. La *Dialéctica de la Ilustración* de Adorno y Horkheimer hacía referencia a la progresiva racionalización y dominio de la naturaleza por el hombre, disociándose la racionalidad de los dominios éticos y estéticos. En la educación médica se intuye esta disociación: se generan profesionales cuya *aptitud* técnica es evidente, pero en ocasiones parecemos haber olvidado que ha de ser transmitida junto a una *actitud* que encierre los criterios que han de guiar el ejercicio profesional, un vehículo a través del cual se transmita el

conocimiento. El afán de una cura ha de ir vehiculado por una actitud de cuidado, de escucha. Y para ello es preciso generar espacios de aprendizaje que impliquen marcos de reflexión racionales (entre sanitarios, pacientes, administradores y la sociedad) acerca de lo que en cada situación concreta se requiere. La falta de deliberación ética puede hacer caer en el error de intentar legislar conflictos éticos derivados de las actuaciones médicas, quedando la ética absorbida por las leyes (Romero y Gorrotxategui, 2009; Cortina, 2013).

Hoy somos todos decisores y no solo los sacerdotes, los monarcas, los jueces o los médicos. De ahí la importancia de los procesos de deliberación racional y responsable. Es el gran tema de la ética actual. En los años sesenta era frecuente diferenciar entre distintos tipos de racionalidad, la *racionalidad estratégica* y la *racionalidad práctica*. Hoy ese debate está prácticamente cerrado... Ha surgido un nuevo frente, que bascula entre los polos de la *racionalidad dilemática* y la *racionalidad problemática*... La racionalidad problemática... no está tan preocupada por la decisión como por el procedimiento. Tampoco está convencida de que todo problema ético tenga solución, y menos que esa solución sea una y no más que una... Frente a la actitud dilemática, que siempre es reduccionista la actitud problemática. Los problemas hay que enfrentarlos mediante un proceso de deliberación. Y el objetivo de la deliberación no es la toma de decisiones ciertas o exclusivas, sino prudentes... Esta es quizá la gran tarea que todos tenemos delante y que irá ganando importancia en los próximos años: la necesidad de asumir un tipo de racionalidad que permita la participación de todos los implicados en el proceso de deliberación de los problemas prácticos, en nuestro caso de los problemas morales. Precisamente porque hemos pasado de la imposición a la autogestión, ahora es más que necesaria que nunca la adquisición de hábitos deliberativos. Solo así podremos contribuir a la gran tarea que la ética y la bioética tienen planteados, el fomento de la responsabilidad. (Gracia, 2004).

BIBLIOGRAFÍA

- AMADOR Xavier F., y GORMAN, Jack M. «Psychopathological domains and insight in schizophrenia», en *Psychiatric Clinics of North America*. 1998, vol. 21, núm. 1.
- ALEMAN, André, *et al.* «Insight in psychosis and neuropsychological functions: Meta-analysis», en *British Journal of Psychiatry*. 2006, vol. 189, núm. 3.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría. *Documento AEN sobre la propuesta de regulación del tratamiento ambulatorio involuntario* [en línea]. 2005 [consulta: 1 de noviembre de 2014]. Disponible en: <<http://www.aen.es/web/docs/TAI05.pdf>>.
- BARRIOS FLORES, Luís F. «El tratamiento ambulatorio forzoso: experiencias de derecho comparado y propuestas de regulación en España», en *Derecho y Salud*. 2004, vol. 12, núm. 2.
- BLANCH, Jordi, *et al.* *Tractament Psiquiàtric Involuntari Ambulatori o Tractament Involuntari Ambulatori del Trastorn Mental*. Barcelona: Societat Catalana de Psiquiatria i Salut Mental, 2009.
- BONILLA, Alcira. «¿Quién es el Sujeto de la Bioética? Reflexiones sobre la vulnerabilidad», en LOSOVIZ, Alicia, *et al.* *Bioética y Salud Mental. Intersecciones y dilemas*. Buenos Aires: Akadia, 2006.
- BRAVO ORTIZ, María Fe. «Tratamiento ambulatorio involuntario y derechos humanos», en *Jornada técnica El Tratamiento Ambulatorio Involuntario en la Enfermedad Mental Grave desde una Perspectiva Global*. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría Legal, 2012.
- BURSTEN, Ben. «Posthospital mandatory outpatient treatment», en *American Journal of Psychiatry*. 1986, vol. 143, núm. 10.
- CAÑETE-NICOLÁS, Carlos, *et al.* «Situación en España del tratamiento ambulatorio involuntario (TAI) para enfermos mentales graves», en *Actas Españolas de Psiquiatría*. 2012, vol. 40, núm.1.
- Col·legi Oficial de Psicologia de Catalunya. *Document No al Tractament Ambulatori Involuntari* [en línea, consulta: 1 de noviembre de 2014]. Disponible en: <www.copc.org>.
- Comitè de Bioètica de Catalunya. *Recomanacions del Comitè de Bioètica de Catalunya davant el rebuig dels malalts al tractament* [en línea]. 2010 [consulta: 15 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://146.219.25.57/comitebioetic_ca/wp-content/uploads/2012/02/rebuigtractam.pdf>.
- CONILL, Jesús. «La Invención de la Autonomía», en *Eidon*. 2013, núm. 39.
- Consejo de Europa. *Convenio de Oviedo sobre Derechos Humanos y Biomedicina* [en línea]. 1997 [consulta: 15 de septiembre de 2014]. Disponible en: <<http://www.unav.es/cdb/coeconvenccion.html>>.
- *Recomendación (2004)10 del Comité de Ministros del Consejo de Europa sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastorno mental*. [en

- línea]. 2004 [consulta: 15 de junio de 2014]. Disponible en: <<http://www.alansaludmental.com/app/download/6300201052/Consejo+de+Europa+2004+Rec+%282004%2910+Proteccion+de+Dchos+Humanos+y+Dignidad+de+Personas+con+TM-.pdf?t=1345664001>>.
- CORTINA, Adela. *Ética de la razón cordial*. Oviedo: Nobel, 2007.
- *¿Para qué sirve realmente la ética?*. Barcelona: Paidós, 2013.
- CUFFEL, Brian J., *et al.* «Awareness of illness in schizophrenia and outpatient treatment adherence», en *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 1996, vol. 184, núm. 11.
- España. Constitución Española de 1978, Aprobada por Las Cortes en sesiones plenarias del Congreso y del Senado celebradas el 31 de octubre de 1978. Ratificada por el pueblo español en referéndum el 6 de diciembre de 1978 y sancionada por S. M. el Rey ante Las Cortes el 27 de diciembre de 1978.
- España. Sentencia 132/2010 de 2 de diciembre del Tribunal Constitucional por la que se declara Inconstitucional parcialmente el artículo 763.1 de la Ley de Enjuiciamiento Civil que regula el Internamiento Involuntario. *Boletín Oficial del Estado*, 5 de enero de 2011, núm. 4.
- España. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, 15 de noviembre de 2002, núm. 274.
- España. Ley 1/2000 de 7 de enero de Enjuiciamiento Civil. *Boletín Oficial del Estado*, 8 de enero de 2001, núm. 7.
- España. Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre del Código Penal Español. *Boletín Oficial del Estado*, 24 de noviembre de 1995, núm. 281.
- España. Ley 14/1986 del 28 de abril General de Sanidad. *Boletín Oficial del Estado*, 29 de abril de 1986, núm. 102.
- FEITO, Lydia. «Vulnerabilidad», en *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2007, vol. 30, núm. 3.
- «La ética del cuidado: modas, paradojas, talentos», en REYES *et al.* (Coord.). *La Bioética, un puente inacabado*. Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 2005.
- FERNÁNDEZ, Gustavo, y NYGARD, Sylvia. «Impact of involuntary outpatient commitment on the revolving-door syndrome in North Carolina», en *Hospital & Community Psychiatry*. 1990, vol. 41, núm. 9.
- FERREIRÓS-MARCOS, Carlos E. *El tratamiento ambulatorio: Cuestiones legales y prácticas*. Madrid: Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad, 2006.
- GILLEEN, James. «Domains of Awareness in Schizophrenia», en *Schizophrenia Bulletin*. 2011, vol. 37, núm. 1.

- GRACIA, Diego. «Fundamentos de la Bioética», en *Como arqueros al blanco*, Madrid, Triacastela, 2004.
- «Principios y metodología de la bioética», en CRUCEIRO, Azucena (Ed.) *Bioética para clínicos*. Madrid: Triacastela 1999.
 - «La deliberación moral: el método de la ética clínica», en *Medicina clínica*. 2001, vol. 17, núm. 1.
- Kendra's Law of New York State. Mental Hygiene Law 9.60. enacted in 1999 and renewed in 2005. Office of Mental Health of New York State.
- HERNÁNDEZ-VADEL, Miguel, *et al.* «Tratamiento ambulatorio involuntario para personas con trastorno mental severo. Resultados de un estudio en la ciudad de Valencia», en *Psiquiatría Biológica*. 2007, vol. 14, núm. 1.
- HIDAY, Virginia, y SCHEID-COOK, Teresa. «A follow-up of chronic patients committed to outpatient treatment», en *Hospital & Community Psychiatry*. 1989, vol. 40:, núm. 1.
- KISELY, Steve, *et al.* «Compulsory community and involuntary outpatient treatment for people with severe mental disorders», en *Cochrane Database of systematic reviews*. 2011.
- LANGDON, Robyn, y WARD, Philip. «Taking the perspective of the Other Contributes to Awareness of Illness in Schizophrenia», en *Schizophrenia Bulletin*. 2009, vol. 35, núm. 5.
- Laura's Law of California State. California legislature 2002, signed by Governor Gray Davis.
- MARTÍNEZ VÁZQUEZ, M.J. «Desde el máster: tratamiento ambulatorio involuntario», en *Revista de Bioética y Derecho*. 2008, núm. 12.
- MUNETZ, Mark, *et al.* «The effectiveness of outpatient civil commitment», en *Psychiatric Services*. 1996, vol. 47, núm. 11.
- NÚÑEZ BOLAÑOS, María. «El tratamiento ambulatorio involuntario desde el punto de vista del juez», en *Jornada técnica El Tratamiento Ambulatorio Involuntario en la Enfermedad Mental Grave desde una Perspectiva Global*. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría Legal, 2012.
- Organización de las Naciones Unidas. *Declaración Universal de Derechos Humanos* [en línea]. 1948 [consulta: 15 de septiembre de 2014]. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>.
- PADILLA TOLEDANO, Rosario. «El tratamiento ambulatorio involuntario desde el punto de vista del derecho sanitario», en *Jornada técnica El Tratamiento Ambulatorio Involuntario en la Enfermedad Mental Grave desde una Perspectiva Global*. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría Legal, 2012.
- PRESTON, NJ, *et al.* «Assessing the outcome of compulsory psychiatric treatment in the community: epidemiological study in Western Australia», en *BMJ.com*, 2002.

- ROIG SALAS, Alicia. «El Tratamiento Ambulatorio Involuntario. Historia de una obstinación», en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2012, vol. 32, núm. 114.
- ROMERO, Javier, y GORROTXATEGUI, Maite. «Aproximación al debate sobre el tratamiento ambulatorio involuntario desde una perspectiva bioética», en *Revista de la Asociación Española de Neuropsicología*. 2009, vol. 29, núm. 104.
- SÁNCHEZ MONGE, José Manuel. «El tratamiento ambulatorio involuntario desde el punto de vista de las Asociaciones de Pacientes y Familiares», en *Jornada técnica El Tratamiento Ambulatorio Involuntario en la Enfermedad Mental Grave desde una Perspectiva Global*. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría Legal, 2012.
- STEADMAN, Henry, *et al*, «Assessing the New York City Involuntary Outpatient Commitment Pilot Programme», en *Psychiatric Services*. 2001, vol. 52, núm. 3.
- SOLBAKK, Jan Helge. «Vulnerabilidad... ¿un principio fútil o útil en la ética de la asistencia sanitaria?» en *Redbioética* [en línea]. 2011, vol. 1, núm. 3 [consulta: 1 de noviembre de 2014]. Disponible en: <http://www.unesco.org/uy/mab/fileadmin/shs/redbioetica/revista_3/Solbakk.pdf>.
- SWARTZ, Marvin, *et al*. «A randomized controlled trial of outpatient commitment in North Carolina», en *Psychiatric Services* 2001, vol. 52, núm. 3.
- SWARTZ, Marvin, *et al*. *New York state Assisted Outpatient Treatment: Program Evaluation*. Nueva York: Duke University y Policy Research Associates, 2009.
- VAN DORN, Richard, *et al*. «Continuing Medications and Hospitalization Outcomes After Assisted Outpatient Treatment in New York», en *Psychiatric Services*. 2010, vol. 61, núm. 10.
- ZANNI, Guido, y DEVEAU, Leslie. «Inpatient stays before and after outpatient commitment», en *Hospital & Community Psychiatry*. 1986, vol. 37, núm. 9.
- ZANNI, Guido, y STAVIS, Paul. «The effectiveness and ethical justification of psychiatric outpatient commitment», en *The American Journal of Bioethics*. 2007, vol. 7, núm. 11.

CAMINANDO A DISTINTOS RITMOS

El reconocimiento de las capacidades y de la autonomía en la participación de los procesos de las personas con diversidad mental

Josep Cazorla

Resumen

La percepción moderna de la salud está vinculada al *hospitalocentrismo*, que da una especial importancia a los servicios basados en la disciplina médica, dejando de lado la participación de las personas en los procesos y la objetivación de lo que se comprende como un problema a tratar. Este artículo se basa en dos investigaciones de carácter cualitativo con un objetivo común: la descripción del estado actual de la participación de las personas diagnosticadas con un trastorno mental en sus procesos de tratamiento e identificación en el ámbito de la salud mental. El análisis de los datos extraídos permite concluir que las redes relacionales y el trabajo comunitario favorecen la mejora de la calidad de vida de estas personas.

Palabras clave: salud mental, ética, participación, autonomía, capacidades, estigmatización.

El propósito del ser humano es intentar comprender y dominar el mundo en el que vive. Para ello, a lo largo de la historia, ha ido creando una serie de instituciones que funcionan como medios de control social. Este tipo de instituciones se definen como «un mismo sistema de prácticas sociales y la interpretación de estas prácticas» (Bilbeny, 2002), que se convierten en necesarias para crear un orden en el mundo y dar un sentido al universo. La psiquiatría pretende regular la *locura* como desviación del patrón de la ética dominante de la sociedad (Szasz, 1974). Esta disciplina ha ido modificando sus pautas de actuación hasta llegar a considerar a la *locura* como la transgresión de una norma incuestionable (Watzlawick, 1995).

A pesar de la hegemonía que la psiquiatría ha demostrado en las últimas décadas en el ámbito de la salud mental, no hay que perder de vista que históricamente no se requería una atención médica en el tratamiento de las personas con diversidad mental. Se concebía que estos individuos denominados *locos* estaban ligados a la irracionalidad, de ahí que el internamiento estuviese destinado al arrepentimiento y no a la rehabilitación y/o al cuidado (Foucault, 1964).

A partir de los años sesenta la psiquiatría inició un viraje humanista que puso de manifiesto que la salud no se puede reducir a una condición determinada, ya que esta depende de muchos factores y no representa un fin en sí misma. Por ello, se puede afirmar que la psiquiatría como ciencia no deja de ser una respuesta provisional (Gadamer, 1993), dado que basa sus tratamientos en los signos extraídos de la objetivación del *Otro*. Por este motivo la salud no constituye algo que invite al individuo a un autocuidado constante: como norma general, cuando uno está sano se olvida de sí mismo, y es entonces cuando vive.

Este cambio de visión se basa en el concepto integral de la persona: «el fenómeno salud/enfermedad presenta aspectos o componentes biológicos, psicológicos y sociales» (Verdugo *et al.*, 2003). Por tanto, la diferencia entre la salud y la enfermedad no es tan clara, como bien precisa Gadamer (1993): «el organismo posee una especie de conciencia que brinda una respuesta sobre su estado general y que evita considerarnos enfermos por la mera imposición de valores normativos». Se puede afirmar que el tratamiento estándar de la medicina en el ámbito de la salud mental no es capaz de dar una respuesta, debido a que el objetivo de la medicina es el de curar mediante el alta del paciente y su reingreso al círculo habitual de su vida. Gadamer propone el recurso del alivio del sufrimiento para aquellos casos en los que la curación no sea posible, ya que, según el autor, los factores que intervienen no son objetivables. El llamado *discurso científico* crea y recrea enunciados que se convierten en la objetivación y el dictamen de algo como cierto a través de la experiencia del observador (Vázquez, 2011). Sin embargo, suponemos un autoconocimiento y un criterio propio de los sujetos sobre su propia experiencia,

que les aportan un saber preciso de su estado de salud y la relación con su cuerpo, apoderándose en las propias decisiones relacionadas con su vida (Gorz, 2008).

La aparición de los procesos de exclusión social de las personas diagnosticadas con un trastorno mental es producto de un procedimiento de clasificación que las califica de diferentes al resto de la comunidad. De este modo se origina la aparición del estigma como un fenómeno social que surge de la socialización, donde se establecen las categorías para ubicar a las personas, asignándoles unos atributos que formarán su *identidad social* (Aretio, 2010). Así pues, el estigma es un *atributo negativo*, resultado de las relaciones sociales, que desacreditará a la persona y que reducirá su totalidad a un único rasgo identitario (Goffman, 1963). A través de este proceso de etiquetado, que predispone categorías jerarquizadas, la sociedad produce un rechazo hacia aquellos individuos a los que se ha clasificado con características no deseables (Szasz, 1974).

La asimilación de estos prejuicios condiciona el estado de ánimo. Los sentimientos y los estados básicos que aparecen en aquellos que son víctimas del prejuicio se pueden traducir en inseguridad o en prevención a ser identificados con las características del estigma. El primer paso que adopta el yo en su autodefensa comporta la aparición de cambios y de rechazo hacia aquello que puede identificarlo como parte de un colectivo minoritario. Esto provoca una actitud excesivamente vigilante e hipersensible (Allport, 1958).

Estas respuestas de las personas clasificadas como *enfermas mentales* pueden producir que la sociedad las margine mediante el aislamiento social o limitando los contactos sociales con otras personas. Así se perpetúa el ciclo del estigma. Junto con los procesos estigmatizadores de la sociedad y la autopercepción, existe otra forma de segregación, relacionada con las actitudes de los profesionales del ámbito de la salud. Como consecuencia de las relaciones establecidas mediante este patrón, se fomenta la supremacía de un conocimiento objetivo del sujeto y de lo que le sucede, convirtiendo a la persona diagnosticada en una consumidora pasiva de fármacos o de servicios.

Las personas con diversidad mental, por el simple hecho de haber sido etiquetadas como enfermos mentales, se sienten alienadas de la capacidad de obrar que comporta el ejercicio de los derechos y deberes de las personas y de los ciudadanos. Esta identificación provoca que se las considere incapaces de ejercer su propio cuidado y se las catalogue como seres impredecibles y peligrosos para la comunidad con la que conviven (Szasz, 1974). Este trato se concreta en la falta de libertad de aquellos que han sido identificados como *locos* respecto de la tutela de sus propios derechos. De este modo, las personas portadoras de los derechos se sienten excluidas de estos, y adoptan en sus roles diarios actitudes de dependencia, de discapacidad y de incapacidad, ya sea legal o no (Casal, 2010).

Pero el enfoque de la salud mental es mucho más amplio que el del trastorno mental y su tratamiento clínico. Por ese motivo la perspectiva del campo debe reunir las siguientes condiciones: «centrar el interés en el ciudadano; prestar igual atención a los factores sociales, psicológicos y físicos como causantes de la enfermedad mental; considerar igual de importante tanto corregir la patología como evitar la enfermedad o mantener la salud» (García, 2004).

El reconocimiento de las *capacidades* personales inspira una visión de la justicia orientada hacia la libertad que cada uno tiene para desarrollar su vida más allá de las ventajas o desventajas de haber nacido en un determinado estatus social (Sen, 1988). A su vez, para poder ser sujeto de un derecho es necesario que el individuo sea capaz de comprender qué significa esto, y convertirse así en el principal precursor de sus propios intereses. El reconocimiento como sujeto de pleno derecho, con cualidades y con potencialidades, le permitirá desarrollar procesos de decisión y de participación de forma autónoma e individualizada. Por ello es necesario el reconocimiento de las propias experiencias de las personas como constructoras de sus propias realidades: en este sentido las personas pueden constituir la realidad de la manera que mejor se adapte a sus necesidades. Los individuos vienen equipados con la responsabilidad ética de constituir y modificar la realidad según su criterio, y son a la vez los responsables de marcar las relaciones y el grado de influencia con los demás (Watzlawick, 1995).

La ética de los profesionales en relación a las personas afectadas de un trastorno mental cristaliza en el respeto y la protección del derecho a una vida digna y a una capacidad de autonomía de los sujetos. En este sentido, Salcedo (2001) destaca como elemento esencial el respeto a la autonomía de las personas, entendido como el reconocimiento de un derecho a vivir de acuerdo con sus propios proyectos, objetivos y valores. Igualmente, la autonomía también puede ser entendida como sinónimo de independencia del individuo en relación a la autosuficiencia en el control sobre las propias decisiones. Esta concepción nos desvela un valor intrínseco de la voluntad de los profesionales como es el respeto a la identidad única de cada sujeto, ya que los usuarios de un servicio concreto, por el simple hecho de serlo, no pierden su condición de persona única y particular.

En el ejercicio del diálogo es imprescindible el reconocimiento de los participantes como actores activos. Así pues, el cambio que se ha de fomentar es el reconocimiento de los derechos de las personas diagnosticadas con un trastorno mental, de su capacidad de autonomía y de su participación, altamente necesaria en la adecuación de su tratamiento y de su modelo de atención (Desviat, 2007). Junto con esta noción, se hace imprescindible la regla de la reciprocidad como acción moral que tiene en cuenta al otro y su autonomía.

Según estas concepciones, el planteamiento de las relaciones que se establecen entre los profesionales y las personas debe centrarse en la promoción de la autonomía, la autodeterminación y el respeto por las personas (Salcedo, 2001). De este modo, el profesional conocerá al sujeto con el que trata en su totalidad, es decir, no lo concebirá como un enfermo que padece un trastorno sino como una persona integral.

1. Material y métodos

La investigación tiene como objetivo comprender qué ha supuesto para las personas con diversidad mental el reconocimiento de sus capacidades y la revalorización de sus experiencias como fuente de conocimiento. Para ello fue necesario utilizar una

metodología de carácter cualitativo, ya que se focalizó el interés en captar la comprensión de la realidad de los propios actores. Se optó por un estudio de casos en que las herramientas para la recogida de información fueron 2 relatos biográficos, 2 grupos de discusión y 9 entrevistas en profundidad. La difícil localización e identificación de las personas y de las características de la muestra determinaron que el método no probabilístico de bola de nieve era el más conveniente. Los participantes en el trabajo de campo fueron 19 personas, 13 personas diagnosticadas con un trastorno mental y 6 profesionales.

El análisis de la información obtenida a través de las transcripciones de audio de las diferentes entrevistas se clasificó mediante la comprensión y la categorización del investigador con respecto a las dimensiones/variables de estudio relacionadas con la participación y la normalización en los procesos de las personas con diversidad mental.

2. Resultados

El análisis puso de manifiesto que la participación en los procesos es definida como las responsabilidades y la supervisión que ejercen los usuarios de los servicios de salud mental respecto de estos. En esta línea, se insta a que las personas usuarias denuncien las violaciones de los derechos humanos, participen de la elaboración y la puesta en práctica de las políticas y de las leyes relacionadas con la salud mental, sean conocedoras de sus propios derechos fundamentales, y actúen como motores de la creación de un movimiento colectivo con el fin de producir cambios en la atención y las directrices de la salud mental.

La aparición de la participación en los procesos se concibe como una característica de un cambio de visión que lleva a admitir las capacidades y cualidades de las personas. Esta concepción y posicionamiento de reconocimiento recíproco en la relaciones ha facilitado la aparición del protagonismo de los propios implicados. Se ha descrito como un proceso facilitador de desarrollo personal hacia la identidad individual:

En lo que atañe a mi vida, más personal, siento que llevo mi vida, que yo tomo mis decisiones y las consecuencias de mis decisiones. A nivel sanitario, claro es que a nivel sanitario también depende del médico que te toque, ¿no? Pero lo que tengo ahora es..., digamos que participo también en el tratamiento, no es unilateral, puedo hablar con él, le puedo pedir algo y si él cree que es conveniente me lo da. O sea, desde el punto de vista sanitario veo que hay, que puedo meter baza. (Participante 7 de entrevista en profundidad).

Los profesionales expresan su confianza en el cambio de concepción que supone la comprensión de las personas con diversidad mental como expertas en salud mental, valorando sus capacidades y su opinión. Piensan también que la promoción de la participación puede producir un cambio orientado a un empoderamiento de las personas:

Los profesionales de la Salud Mental también han hecho una evolución y un proceso de dejar espacio a la negociación, a la participación del otro [...] desde que hay asociaciones de usuarios y que están trabajando este tema, yo creo que cada vez más las personas afectadas, sentirán más que tienen la posibilidad de participar [...] en este momento ya hay servicios que están empezando a participar y asignar con el usuario [...] las decisiones de su proceso. (Profesional 1 de las entrevistas en profundidad).

La normalización es descrita como una oportunidad para las personas diagnosticadas con un trastorno mental. Propicia herramientas que las ayudan a ser conscientes de sus capacidades reales. Por este motivo, reclaman la necesidad de que se respeten y se comprendan sus diferencias, superando así la discriminación:

Ahora se está o nos estamos formando los propios pacientes [...], es muy importante para... para explicar desde nuestra propia voz, que somos precisamente los implicados, qué significa padecer una enfermedad mental, cuáles son los límites y también qué capacidades tenemos los enfermos mentales [...] que podemos integrarnos en una vida normalizada. (Participante 3 del grupo de discusión compuesto por personas diagnosticadas con un trastorno mental).

Por su parte, los profesionales se muestran esperanzados con la implicación en los procesos de normalización y de integración de este colectivo. Estos dos

conceptos son descritos como la apertura de la concepción y los paradigmas que se han vivido en la salud mental, y el cambio de relación profesional que lleva a tener en cuenta la opinión de las personas implicadas. A pesar de ello, señalan sus dudas sobre si se han llevado a la práctica proyectos reales de ayuda para el desarrollo de las capacidades y las posibilidades de las personas, o si, por el contrario, solo se ha promocionado la apertura de las instituciones psiquiátricas:

Ahora que tenemos atención a la comunidad, tenemos refuerzo de las capacidades desde el punto de vista de la rehabilitación, [...] faltaría la parte que da la autonomía real, que es la que tiene que ver con la autonomía personal, económica, de vivienda, de trabajo... falta esa parte. (Profesional 1 de las entrevistas en profundidad).

3. Discusión

La intención principal de este estudio, que consistía en conocer la interpretación subjetiva de las personas participantes a través de sus propias vivencias, desveló que la participación de las personas diagnosticadas con un trastorno mental en el ámbito de la salud mental se encuentra muy relacionada con el cambio de paradigma de la psiquiatría. Este cambio ha *igualado* la relación con los profesionales: la creación de vínculos y la modificación de viejas rutinas en las relaciones se ha traducido en accesibilidad a la construcción de su protagonismo por parte de los usuarios.

Gracias a la reciprocidad, se ha promovido el reconocimiento de los usuarios como sujetos de pleno derecho, con cualidades y con potencialidades. Esto permite el desarrollo de este colectivo en los procesos de decisión y de participación de forma autónoma e individualizada, dando protagonismo a sus historias y a su valor como ciudadanos activos, y no solo a su tratamiento. Esta participación, según la población estudiada, ayuda a la creación y al mantenimiento de una identidad propia y de un sentimiento de dignificación personal.

De este modo, la noción de normalización está relacionada estrechamente con los procesos de reconocimiento de las capacidades de los sujetos dentro de un diálogo simétrico que posibilita la participación en los procesos del tejido social y

facilita la *coconstrucción* de la normalización de las personas afectadas de un trastorno mental.

Esta concepción se concreta en el reconocimiento de sus derechos y de sus responsabilidades en su tratamiento, en su posición frente a sus procesos vitales y en su capacidad de autonomía. Por tanto, el reconocimiento de las cualidades y de las posibilidades de las personas es el inicio de la modificación de los procesos.

Los participantes reivindican el derecho de las personas con diversidad mental a vivir dentro de la comunidad: esta convivencia promueve su participación efectiva y evita situaciones y procesos de exclusión y marginación social.

El estudio pone de manifiesto que las experiencias de las personas diagnosticadas de un trastorno mental son una fuente de conocimiento importantísimo, muy enriquecedora para el intento de comprensión de su realidad y para la relación con ellas. Desde esta perspectiva, se evidencia que existe un valor propio del respeto a la creación y al desarrollo de cada persona: se favorece el mantenimiento de la diversidad y de la construcción de una sociedad en la que los diferentes sujetos que la componen sean libres en el ejercicio de sus derechos, reconocidos como agentes activos de la sociedad en la que conviven.

En conclusión, podemos entender que el precedente de la participación ha sido el ejercicio de apertura que la sociedad ha realizado en su forma de percibir la realidad de aquel que había sido históricamente expulsado de su núcleo de decisión, y que este ejercicio de apertura ha facilitado la normalización de su situación.

BIBLIOGRAFÍA

- ALLPORT, Gordon. *The Nature of Prejudice*. Nueva York: Doubleday, 1958.
- ARETIO, Antonia. «Una mirada social al estigma de la enfermedad mental», en *Cuadernos de Trabajo Social*. 2010, núm. 23.
- BILBENY, Norbert. *Per una ètica intercultural: reflexions interdisciplinàries*. Barcelona: Fundació Jaume Bofill, 2002.
- CASAL, Juan Carlos. «Derechos y participación de las personas con diversidad mental», en *Cuadernos de Trabajo Social*. 2010, núm. 23..

- DESVIAT, Manuel. «Vigencia del modelo comunitario en salud mental: teoría y práctica», en *Gaceta de Psiquiatría Universitaria*. 2007, vol. 3, núm. 1.
- FOUCAULT, Michel. *Historia de la locura: en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económico, 1964.
- GADAMER, Hans-Georg. *El estado oculto de la Salud*. Barcelona: Gedisa, 1993
- GARCÍA, Raquel. «Salud mental comunitaria ¿Una tarea interdisciplinar? Servicios de Salud Mental de Collado Villalba», en *Cuadernos de Trabajo Social*. 2004, núm. 17.
- GOFFMAN, Erving. *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu, 1963.
- GORZ, André. *Carta a D. Historia de un amor*. Madrid: Planeta, 2008.
- SALCEDO, Damián. (2001): *Autonomía y bienestar: la ética del Trabajo Social*. Granada: Comares, 2001.
- SEN, Amartya. «¿Igualdad de qué?», en MCMURRIN, Sterling (Edit.). *Libertad, igualdad y derecho*. Barcelona: Ariel, 1988.
- SZASZ, Thomas. *La fabricación de la locura*. Barcelona: Kairós, 1974.
- VÁZQUEZ, Adolfo. «Antipsiquiatría; Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la “Razón psiquiátrica”», en *Eikasía*. 2011, núm. 41.
- VERDUGO, Miguel Ángel, et al. *Atención comunitaria, rehabilitación y empleo*. Salamanca: Publicaciones del INICO, 2003.
- WATZLAWICK, Paul. *El sentido del sentido o el sentido del sinsentido*. Barcelona: Herder, 1995.

DE LO IMAGINARIO A LO REAL
Danza Movimiento Terapia
y/o la función del cuerpo en psicoterapia

Beatriz Langa

Sería cómodo poder ser caos para empezar.

Paul Klee

Resumen

Este artículo, cuyo esquema se rige por la máxima filosófica de *hacernos preguntas*, constituye una reflexión sobre el cuerpo y el papel que tienen la danza, la expresión corporal, el lenguaje no verbal y el movimiento simbólico en los procesos psicoterapéuticos. Se han tomado como guía los principios teóricos de la Danza Movimiento Terapia, explicando qué es y qué no es, de dónde procede, con quién se lleva a cabo, cómo se hace y para qué sirve. Se justificará la importancia del trabajo con el cuerpo y la imagen corporal, y el trabajo con los elementos del movimiento a través de diferentes dinámicas para llegar a adquirir una mayor integración psicofísica. Se trata de una reflexión que busca afianzar este trabajo psicoterapéutico, que muestra las propiedades artístico-científicas de la danza y reclama la necesidad de seguir investigando para que en la práctica asistencial este trabajo con una visión psicocorporal vaya tomando cuerpo día a día.

Palabras clave: danza movimiento terapia, cuerpo, psicoterapia, proceso creativo.

Desde que el mundo es mundo, el cuerpo ha sido objeto de estudio desde una perspectiva filosófica para entender la evolución del hombre y dar respuesta a preguntas que tienen que ver con el papel que juega su representación en la salud mental. Preguntas como qué es el cuerpo, por qué nos movemos, o qué nos mueve o nos conmueve nos han interpelado no solo sobre aquello que fuimos, sino también sobre aquello que somos o quisiéramos ser.

Entender la dimensión filosófica de lo corporal también forma parte del proceso terapéutico. El cuerpo real, el imaginario y el simbólico forman un nudo borromeo difícil de desenredar. Todavía hoy no se ha podido aprehender el significado total del cuerpo, ya que *en el cuerpo y por el cuerpo* confluyen manifestaciones físicas, psíquicas, emocionales, sensoriales, culturales, filosóficas y espirituales que impregnan nuestra cotidianeidad. El cuerpo siempre se rebela contra toda codificación: es posible que carezca de definición más allá de la propia vivencia corporal.

La humanidad ha danzado desde el principio de los tiempos. Ya desde la prehistoria, el ser humano ha considerado que el movimiento tiene propiedades curativas, que celebra el triunfo y llora la derrota, y que se relaciona con la vida, la muerte, la salud y la enfermedad (Barroso y Medina, 1988).

El arte en general, y la danza en particular, nos abren un nuevo camino: la posibilidad de experimentar el proceso creativo como un proceso de transformación y/o recuperación, ejes básicos de toda psicoterapia. El movimiento humano muestra la complejidad y diversidad de lo *no hablado*, por lo que requerirá de una visión interdisciplinaria en las intervenciones en el campo de la salud mental.

Este artículo, cuyo esquema se rige por la máxima filosófica de *hacernos preguntas*, constituye una reflexión sobre el cuerpo y el papel que tienen la danza, la expresión corporal, el lenguaje no verbal y el movimiento simbólico en los procesos psicoterapéuticos. Se han tomado como guía los principios teóricos de la Danza Movimiento Terapia (DMT), explicando qué es y qué no es, de dónde procede, con quién se lleva a cabo, cómo se hace y para qué sirve. En definitiva, el texto es una reflexión que busca afianzar este trabajo psicoterapéutico, que muestra las propiedades artístico-científicas de la danza y reclama la necesidad de seguir investigando para que en la práctica asistencial este trabajo con una visión psicocorporal vaya tomando cuerpo día a día.

1. Supuestos básicos, variables y diagnóstico diferencial

Antes de pasar a definir lo que es la DMT, he elaborado dos *supuestos básicos* al respecto.

1) *El movimiento es terapéutico*

Que el movimiento es terapéutico es un hecho, es una evidencia. La actividad física, hacer ejercicio²⁵, mejora el bienestar y abre nuevas vías en relación al tratamiento de enfermedades y de diferentes trastornos psiquiátricos. Así lo constata, por ejemplo, un reciente estudio sobre ejercicio físico y depresión llevado a cabo por científicos del Instituto Karolinska de Estocolmo (Agudelo *et al.*, 2014), donde se demuestra la acción antidepressiva del ejercicio.

Según este supuesto, la danza, que trabaja con el cuerpo simbólico pero sostenido en un cuerpo real y físico, ya tiene una parte terapéutica por el mero hecho de ser una actividad física. Estudios como el citado, cuyo objeto no es la danza y donde el movimiento se enfoca desde una perspectiva deportiva o rehabilitadora y no artística, me ofrecen la posibilidad de apuntar lo siguiente: las investigaciones que demuestran que la danza es terapéutica centrándose únicamente en la parte física o biomecánica pierden de vista lo más importante, la esencia que hace que la danza sea diferente a *hacer ejercicio* o a *hacer ejercicio terapéutico*. La DMT adopta una posición filosófica diferente, ya que considera que la danza es terapéutica por naturaleza, debido a sus efectos no solo físicos sino, sobre todo, psicofísicos, que se basan en la relación *cuerpomente*, principio que ampliaré posteriormente.

2) *El movimiento transforma*

El arte en general, y la danza en particular, presentan una serie de características que fomentan la integración, la mejora y la transformación social y personal. Algunos artistas (músicos, bailarines, pintores,

²⁵ Respecto de esta afirmación es necesario clarificar que la actividad física o el movimiento mal enfocado también puede ser fuente de lesiones, malestar o conflictos.

escritores...) trabajan en el marco de instituciones, llevando a cabo proyectos educativos²⁶ o con colectivos de personas con discapacidad, diversidad²⁷ o riesgo de exclusión social. Del mismo modo, se llevan a cabo iniciativas en compañías de teatro, a través del teatro comunitario o social, y en compañías de danza, a través de la danza integrada²⁸ o de la danza social. Como se justificará más adelante, aun teniendo principios comunes con la DMT u otras formas de terapia de mediación artística (Klein, 2006), estas iniciativas presentan unas diferencias que adelanto, y que se pueden resumir en que: (1) no hay un encuadre terapéutico, no hay demanda de cambio ni se establece una relación terapéutica entre profesional y cliente; (2) el objetivo primordial del trabajo es el resultado, la obra, llegar al público, mientras que el proceso creativo sólo interesa en la medida que favorece el resultado final, en cuanto herramienta del material que se mostrará en la obra; (3) el profesional que lo lleva a cabo no es terapeuta o, en caso de serlo, en esta situación no puede desarrollar ese rol. La utilización del arte para la mejora personal o social es beneficiosa y puede ser terapéutica según cómo estén definidos el encuadre y los objetivos. El modo o entorno donde se lleve a cabo tampoco implica que sea necesariamente terapéutico.

Salvando estos supuestos, paso a desarrollar esa unión entre lo creativo y lo terapéutico, a través de dos *variables*:

²⁶ Se apuntan dos documentales a modo de ejemplo: (1) *El ritmo es esto* (Alemania, 2004), donde un coreógrafo va a unos institutos de Berlín para hacer un espectáculo de danza con música de *La Consagración de la Primavera* interpretada por la Orquesta Filarmónica de Berlín; y (2) *Cinco días para bailar* (España, 2014), donde un par de coreógrafos aparecen un lunes en un instituto de San Sebastián y dicen que el viernes van a estrenar un espectáculo de danza. En ambos documentales es maravilloso ver lo que la danza despierta en los chicos, cómo una clase de danza puede cambiar tu vida, los cambios que el baile es capaz de provocar en los adolescentes, el poder transformador que tiene sobre el grupo, y el cuestionamiento de ideas preconcebidas sobre la educación o el significado del éxito.

²⁷ Se apunta el documental *Migranland* (España, 2013), donde se muestra el proceso de trabajo de una obra teatral de creación propia, dirigida por un reconocido director de teatro, en la que participaron personas de origen inmigrante de Salt (Girona).

²⁸ La danza integrada es aquella donde los procesos de creación o aprendizaje se dan siempre en grupos mixtos de personas con y sin discapacidad. Las diferencias no se ocultan sino que muestran el juego de la diversidad como material de expresión. Apunto como ejemplo la Candoco Dance Company, fundada en 1991.

1) *La danza como forma de arte y la terapia como forma de ciencia*

El enfoque de la DMT vive entre dos mundos. De un lado, un mundo donde las grandes cuestiones han dejado de estar en primer plano, por lo que el arte y la filosofía son los últimos bastiones para poder abordar la complejidad de la condición humana. Del otro lado, un mundo donde la terapia²⁹ busca provocar cambios favorables en la personalidad y en la forma de vivir desequilibrios humanos (discapacidades, traumas, patologías...) mediante la psicología, que es la ciencia que posibilita esta búsqueda (Kleinke, 2002). La terapia pone el acento en la transformación positiva de uno mismo: uno va terapia porque quiere que algo cambie.

A partir de este momento, hilando cada vez más fino, cuando hable de arte me estaré refiriendo específicamente a la danza, donde, a diferencia de en otras artes, el sujeto y el objeto son lo mismo. En la danza la obra no existe, no hay una tercera persona, no hay un cuadro, una pieza musical, una foto o una escultura que producir. No hay esa distancia entre creador y obra. Uno mismo es la obra. La danza es algo que sigue el *mito de la forma* (Fratini, 2012); es algo que nos narra, nos cuenta y nos habla silenciosamente para entendernos. Esto nos lleva a la pregunta inevitable: ¿qué es bailar, qué es danzar? Es difícil poner palabras al movimiento pero es posible, y en este sentido me gusta la definición de Arbeau³⁰ (1946), que propone que «la palabra *danza* proviene de *danser*, lo que en latín significa saltar, brincar, hacer cabriolas, balancearse, caminar, andar de puntillas; mover los pies, las manos y el cuerpo de acuerdo a ciertos ritmos, medidas y movimientos». Bailar, y por ende el cuerpo en movimiento, acoge el *todo*,

²⁹ «La palabra *psico* proviene del griego *psiche* cuyo significado es espíritu, alma o ser (Breggin, 1991). La palabra *terapia* proviene de la palabra griega *therapeutikos*, que significa asistente o aquel que cuida del otro. Por lo tanto, *psicoterapia* significa cuidar o asistir al espíritu, corazón o al ser de otra persona» (Kleinke, 2002)

³⁰ Thoinot Arbeau (Dijon, 1519-1525), es el anagrama con que se conoce a Jehan Tabourot, sacerdote católico, canónigo de Landres, recordado por su tratado o manual de danzas *Orchésographie*. El manuscrito fue publicado por primera vez en 1588, reimpresso en 1589 y en 1596.

algo parecido a la *obra de arte total*³¹. La danza es la vida y el arte al completo, ya que cualquier expresión artística podría ser danza al existir gracias al movimiento.

2) *La DMT como terapia de mediación artística*

La DMT formaría parte de las llamadas *terapias de mediación artística* porque intenta unir estos dos caminos: la terapia añade al arte el proyecto de autotransformación, y el arte añade a la terapia la exploración de los enigmas individuales y la propia vida. Según la Asociación Estadounidense de Psicología, compuesta por 54 divisiones, la DMT pertenecería concretamente a la sección 10, la Asociación de la Psicología de la Estética, la Creatividad y el Arte. La psicología del arte es el ámbito de la psicología que estudia los fenómenos de la creación y la apreciación artística desde una perspectiva psicológica, lo que conduce a dos disciplinas diferentes pero con puntos comunes: la psicología del arte frente a la psicología a través del arte. La primera se basa en la investigación de los fenómenos artísticos en sí (se denomina psicólogo del arte al estudioso de dichos fenómenos), y la segunda se basa en el uso del arte como herramienta en la terapia (la práctica de la psicoterapia a través del arte). La DMT quedaría circunscrita a esta segunda categoría.

Tras los supuestos y las variables expuestas, y teniendo en cuenta que este artículo nace en el contexto de un Congreso de Bioética, es necesario poner límites a fin de favorecer buenas prácticas dentro de la ética profesional, para evitar así el *intrusismo* y las confusiones. Con este objetivo trazo un diagnóstico diferencial donde esbozo aquello que la DMT no es:

- 1) La DMT no es ni *hace como...*: la DMT comparte principios con otras disciplinas pero no es una clase de danza ni tampoco es un sucedáneo de la educación física, fisioterapia, terapia ocupacional, ergoterapia, ni de

³¹ *Gesamtkunstwerk* (traducible como obra de arte total), es el término alemán que se atribuye al compositor de ópera Richard Wagner (Leipzig, 1813 - Venecia, 1883), quien lo acuñó para referirse a un tipo de obra de arte que integraba la música, el teatro y las artes visuales. El término ha sido utilizado para describir manifestaciones artísticas en las que se combinan elementos de distintas artes.

otras formas terapéuticas de danza (biodanza, danza creativa, etc.), de otros trabajos corporales (Gestalt, Feldenkrais, Alexander, reeducación postural, *mindfulness*, etc.) o de origen oriental (yoga, *chi kung*, etc.). No tiene que ver con nuevas tendencias *new age* ni con las terapias alternativas.

- 2) La DMT no es una intervención paramédica ni una *alternativa a*, no es un *añadido* ni es una serie de técnicas desconectadas de una idea de conjunto que puedan aplicarse fuera de un plan de tratamiento global. La DMT forma parte del equipo multidisciplinar y de la configuración del diagnóstico psicológico-funcional de la persona. La DMT posee un cuerpo de conocimientos propio que se apoya en el arte, a través del movimiento y la danza, y en la ciencia, a través del método científico.
- 3) La DMT no es un descifrado psicológico del movimiento humano o de la expresión corporal ni tampoco es un test proyectivo. Huye de ser una técnica terapéutico-interpretativa y de las *recetas* para develar la problemática de la persona. Va más allá en su puesta en escena y no se queda en reduccionismos gestuales como, por ejemplo, *cómo cruzas las piernas cuando te hablo revela tu miedo a la muerte; fruncir el ceño significa que estás enfadado*.
- 4) La DMT no es terapia emocional ni busca la catarsis ni la expulsión de lo negativo, y tampoco se limita a una expresión en vistas a una descarga y al alivio momentáneo. La descarga emocional que permite *expresar algo*, solo vale si se integra en un proceso cuyo fin no es desembarazarse de eso que molesta, sino transformarlo en creación de sí mismo.
- 5) La DMT no concierne solo a la persona, no es una terapia que aísla, sino más bien una negociación con la materia viva, en este caso con el cuerpo en movimiento. No nos da todas las respuestas pero sí es uno de los caminos. La DMT trabaja *con lo que sí se puede hacer* y respeta la propia capacidad, por mínima que sea. Es como una manera de hablar de sí sin decir *yo*. No se reduce a un objetivo preciso como disminuir el síntoma, ni

tampoco busca simplemente la distracción, lo lúdico, la socialización o lo demostrativo.

- 6) La DMT no es gratis. Como toda intervención profesional y como otras profesiones integradas en la salud, recibe honorarios. En principio, el psicoterapeuta a través del movimiento, o danzaterapeuta, no trabaja *por amor al arte*.

2. ¿Qué es la Danza Movimiento Terapia?

2.1. ¿Qué es?

La DMT es una profesión con una formación propia que ha creado una síntesis específica partiendo del arte del movimiento y la ciencia de la psicología (Wengrower, 2004). Dos de las definiciones más breves y aceptadas dicen así:

- 1) «El uso psicoterapéutico de la danza y el movimiento en un proceso cuyo propósito es promover la integración psicofísica del individuo.» (Stanton-Jones, 1992).
- 2) «La inclusión o el empleo del movimiento creativo y la danza en una relación terapéutica.» (Payne, 1992).

La DMT parte de la confluencia del saber construido por la psicología del siglo XX en las áreas de las teorías y psicoterapias psicodinámicas, de la psicología del arte y del proceso creativo. Las otras fuentes de las que se alimenta son, por un lado, el conocimiento antropológico e histórico del uso social, espiritual y curativo de la danza, y, por otro, la ruptura con el ballet clásico y el desarrollo de la danza moderna en el siglo XX. Las pioneras de la DMT fueron bailarinas como Marian Chace, Mary Whitehouse, Trudi Shoop y Alma Hawkins, entre otras. Influenciadas por teorías psiquiátricas de la época de Freud y de psicólogos posteriores a él, como Jung, Adler o Sullivan, estas bailarinas sintieron curiosidad y empezaron a preguntarse cómo afectaba la danza a los demás y qué se podía aprender a través de la danza que cada uno explora por sí mismo (Wengrower, 2008).

2.2 *¿Quién lo hace?*

Profesionales de la DMT: la conexión entre danza y terapia requiere que la persona que se dedique tenga una comprensión profunda de su arte como danzante y, por lo tanto, que tenga un conocimiento de su cuerpo, su movimiento y su persona. El danzaterapeuta ha de buscar su identidad como artista y como terapeuta, tomando el buen camino del equilibrio en detrimento del camino del conflicto entre esos dos aspectos de su identidad.

En España, esta es una profesión nueva o relativamente nueva, que lentamente va adquiriendo presencia y es objeto de intentos de regularización. Por el contrario, en el resto de Europa, Estados Unidos, Oriente Medio o Japón, es una disciplina que tiene un desarrollo de dos a cinco décadas, dependiendo de cada país.

Según un estudio realizado hace más de diez años (Dulicai y Berger, 2005), ya entonces había asociaciones profesionales en más de 37 países. La primera asociación profesional se establece en 1966: es la Asociación Americana de Danzaterapia, que inició la organización profesional, los estándares y criterios de formación y congresos anuales sobre esta materia.

La estructura académica y profesional en cada uno de estos países permite que se pueda seguir un itinerario profesional e investigador. La formación en España es relativamente reciente y se lleva a cabo vía máster universitario, tras realizar la formación de grado. La profesionalización viene mediatizada, además, por las leyes de cada país para poder ejercer como psicoterapeuta. El trabajo, como otros profesionales de la psicología y/o psicoterapia, también se lleva a cabo bajo la supervisión de un profesional de la salud mental o de un colega con suficiente experiencia y formación.

2.3. *¿Con quién se hace?*

Ante la pregunta de quién puede ser receptor de DMT, podríamos extrapolar y afirmar que, si se postula como una intervención psicológica o una forma de psicoterapia, en principio pueden acudir a ella todas las personas, pues todas ellas

tienen un cuerpo, un corazón y un cerebro. Pueden ser receptoras de DMT personas con todo tipo de trastornos psiquiátricos, psicológicos y neuropsicológicos, trastornos de desarrollo o discapacidad psíquica o física, así como personas con diferentes problemáticas sociales. Las intervenciones y modelos de trabajo específicos se adecuan al diagnóstico descrito, a los diferentes grupos de personas/pacientes y a las distintas instituciones en las que se lleva a cabo la tarea terapéutica, ya sea en el campo clínico, educativo o social. Se puede trabajar de manera individual o grupal, y el trabajo puede ir dirigido a niños, adolescentes y adultos. También pueden acudir a esta terapia personas con un desarrollo psicológico dentro de lo normativo. En este caso, a menudo se trata de personas que han finalizado una psicoterapia verbal y buscan profundizar en algunos aspectos de su vida por esta otra vía.

2.4. ¿Cómo se hace?

Uno de los principios en que se basa la DMT es el establecimiento de la relación terapéutica, por lo que las sesiones se dan en un encuadre o *setting* establecido. El desarrollo de la intervención y de cada una de las sesiones va en función del modelo seguido, de los objetivos terapéuticos establecidos y de la propia fundamentación teórico-práctica de la DMT, tema que se desarrollará ampliamente en el siguiente punto.

La estructura de cada sesión se basa en tres partes: (1) el inicio, que suele consistir en una presentación y un calentamiento psicofísico; (2) el desarrollo, que es la actividad central y que varía según los objetivos específicos de la sesión; y (3) el final, que incluye una recapitulación de la experiencia vivida y la verbalización de dicha experiencia. En función de los objetivos terapéuticos, se utilizan diferentes dinámicas, que pueden ir acompañadas de música o no (aunque no la trataré en este artículo, esta es una cuestión interesante y que a menudo se estudia y discute en foros profesionales). Estas dinámicas pueden ser, entre otras: experimentar con los elementos del movimiento (tiempo, espacio, peso y flujo); danzas, juegos y

dinámicas que buscan la interacción con la gravedad, la relación con el suelo y la experimentación del propio centro gravitatorio; y actividades que relacionan el movimiento con la voz, la respiración, la relajación, la propiocepción y el contacto. Cabe señalar que no se trata de marcar unos pasos y que el paciente los siga: no es una coreografía. Se proporcionan unas pautas para que el paciente tenga una calidad de movimiento mayor y pueda experimentar un movimiento *propio*.

3. Bases teóricas y relación entre proceso creativo, movimiento y terapia

A lo largo de este artículo se han usado los siguientes términos: *arte, proceso creativo, creatividad y fenómenos de creación, simbolización, imaginación, fantasía*, etc. A menudo estos términos aparecen como sinónimos, pero no lo son. De ahí que exista cierta cautela a la hora de definir la DMT como *psicoterapia creativa*, pues la creatividad es una potencialidad que no presenta ningún interés si no conduce a la creación (Klein 2006). Así, las bases teóricas de la DMT se resumen en los siguientes fundamentos y principios teóricos.

3.1. Fundamentos teóricos

Los fundamentos teóricos en los que se basa la DMT son (Wengrower, 2004):

- 1) Reconocimiento del valor terapéutico de la actividad creativa
- 2) Relación *cuerpamente*
- 3) Carácter expresivo del movimiento y la danza
- 4) Relación terapéutica

3.1.1. Reconocimiento del valor terapéutico de la actividad creativa

La psicología ha originado diferentes estudios y teorías sobre la creatividad como proceso. Los aportes del psicoanálisis, que estudió cuestiones diversas relacionadas con el arte y la creatividad, son los que más influencia tienen en la teoría y práctica de la DMT, pero no son los únicos. La DMT está interesada en el proceso creador

de la persona y en permitir al sujeto *re-crearse* a sí mismo en un recorrido simbólico o en un proceso de simbolización acompañada. Fiorini (Fiorini, 1995), con su concepto de psiquismo creador y de proceso terciario, articula esta noción del ser creativo de todo ser humano. En la actividad artística, en general, se distingue el *proceso* del *resultado* o *producto*, siendo mayormente este último el que se expone al público. La DMT no se propone como meta la elaboración de una obra artística ni exige ninguna capacidad excepcional³².

La psicoterapia pasa por el *registro simbólico*, por lo que en DMT también hay espacio para el registro verbal. Sin embargo, aunque en DMT se habla, a la palabra se le da el lugar que le corresponde en relación al proceso de expresión y creación. Otra de las aportaciones capitales por su influencia en la profesión es la de Winnicott (Winnicott, 2003), con los conceptos de *fenómeno* y *objeto transicional*, *juego* y *creatividad*. La DMT permite a la persona transitar por senderos de lo que el sujeto es o puede ser, y jugar con ellos como forma psicoterapéutica que se relaciona no solo con el cuerpo que está presente y es observable, sino también con el cuerpo simbólico y metafórico³³.

3.1.2 Relación cuerpo-mente

La comprensión del ser humano como *cuerpamente* en DMT permite intervenir desde una aproximación particular. La psicología se ha nutrido desde su nacimiento de la dicotomía cartesiana cuerpo-mente, y la mayoría de las escuelas han exiliado el cuerpo de la terapia (Anzieu, 1998). En DMT se parte de la proposición de que *el cuerpo y la mente se hallan en una relación de interacción recíproca*. El cuerpo, por medio de la gestualidad y la postura, expresa la emoción. Pero, en un sentido inverso, los cambios en el movimiento o la postura pueden llegar a afectar a la persona y a su

³² Entendiendo como excepcional la propuesta de Arieti (1993), que distingue dos tipos de creatividad: la cotidiana y la excepcional

³³ El concepto de cuerpo simbólico y metafórico, en DMT, presenta algunas semejanzas con el psicoanálisis lacaniano, que explica la constitución subjetiva como una estructura dinámica organizada en tres registros. Lacan (París, 1901-1981), psiquiatra y psicoanalista, formuló los conceptos de lo real, lo imaginario y lo simbólico para describir estas tres dimensiones anudadas en la constitución del sujeto. Estos tres registros se hallan imbricados según la forma de un nudo borromeo.

experiencia de sí misma y del mundo que la rodea, además de favorecer que esa conectividad entre mente y cuerpo se manifieste en la organización del sistema nervioso (Hass-Cohen, 2008). Este enfoque terapéutico permite una *re-edición* de las relaciones tempranas, el desarrollo de una imagen corporal y de un *sí mismo* adecuados, además de la reconexión con las actividades corporales (*embodied actions*). El trabajo desde el *cuerpomente* permite, además, establecer una aproximación al cuerpo diferenciando entre imagen corporal, esquema corporal y conciencia corporal, como un terreno donde el significado se inscribe y se reconstruye constantemente. Por este motivo, en DMT se busca conocer a la persona a través de su verbalidad pero también y principalmente por medio de su movimiento.

3.1.3. Carácter expresivo de la danza

3.1.3.1. Expresión y comunicación

Es de conocimiento común que el ser humano comienza su vida comunicándose por medio de gestos y movimientos. Las investigaciones de Lakoff y Johnston (1999), entre otras, demostraron que el lenguaje adulto está constituido por un caudal riquísimo y variado de metáforas relacionadas con el cuerpo, el espacio y el movimiento. Sus conclusiones nos llevan a afirmar que la actividad de pensar tiene su origen en el cuerpo. En DMT se considera danza al movimiento natural y posible para cada ser humano, y se ve una relación estrecha y continua entre el movimiento único, ese que da identidad, y las *emociones*. Los estudios de DMT conceden siempre una gran importancia a las emociones y a sus formas de expresión corporal, así como a la relación de las emociones con otras funciones básicas de la psique. Por otra parte, proponen nuevas maneras de entender la emoción³⁴ (*motion* y *e-motion*) como una *función tónica* (Bernard, 1985).

El movimiento en la danza es también una vía de expresión y acceso al inconsciente. La activación viene mediada por el *enraizamiento* (*grounding*) y la *actividad*

³⁴ Etimológicamente, el término *emoción* viene del latín *emotio*, que significa movimiento o impulso, aquello que te mueve hacia. La versión anglosajona (*emotion*) integra en una misma palabra esta doble concepción.

rítmica o el *ritmo* (Schott-Billmann, 2009), que cobra mayor significación cuando las sesiones de DMT se dan en grupo. La actividad rítmica grupal, a través de la ronda, no solo hace que los participantes se presenten ante el grupo socialmente, sino que les permite mostrar su manera de comunicarse y de iniciar diálogos no verbales con el otro. El cuerpo puede ser vivido como mediador de comunicación, ya que permite tomar consciencia del hecho de que está investido de emoción. La experiencia de *activar el cuerpo* (*body-action*) a través de la danza hace que el paciente se movilizce: no se trata del aprendizaje de un movimiento que pueda liderar el cambio, ya que el cambio sucede precisamente cuando el paciente se permite experimentar *su movimiento* (Chaiklin y Schmais, 1973). La movilización del cuerpo a través de la exploración del propio movimiento espontáneo alienta la creación del *self* y la reconexión del movimiento y la emoción. Desde la DMT, además, se puede sugerir al grupo un *liderazgo compartido*, que diluya la jerarquía entre sus integrantes, siendo éstos los que propongan los movimientos o ritmos de forma simultánea o secuencial.

3.1.3.2. *Expresión y observación*

Mittelman (en Siegel, 1984) constata la existencia de una pluralidad de significados para el movimiento. ¿Cómo se puede describir completamente toda la riqueza del movimiento humano y su infinita variedad de movimientos? En DMT saber observar un cuerpo en movimiento es fundamental. Gracias a sistemas de observación que facilitan el estudio del movimiento desde esta perspectiva, se han reconocido distintos aspectos del movimiento como expresión y su significado. Uno de estos sistemas es el análisis del movimiento de Laban³⁵ (Laban, 1984), y otro es el análisis del movimiento de Esfuerzo-Forma, conocido como *Effort-Shape* (Bartenieff y Davies, 1965), que se basó en la teorías del movimiento de Laban. Tal y como

³⁵ Rudolf Laban (Bratislava, 1879 - Surrey, 1958) fue bailarín, coreógrafo, arquitecto, matemático, docente y teórico del movimiento. Desarrolló un método de observación, exploración, análisis, notación y registro del movimiento que ha tenido influencia en científicos y artistas como Mary Wigman, Kurt Joss, Sigurd Leder, Lisa Ullmann y Pina Bausch, entre otros. El legado de Laban ha influido en la danza, en el teatro, en la educación, en la agricultura, en la arquitectura y en la terapia.

apunta Bartenieff, existen conexiones entre los *efforts* y las actitudes psicológicas. El conocimiento del movimiento basado en dichos análisis pone el acento en la expresión, haciendo énfasis en el análisis cualitativo del movimiento y proponiendo una observación continua³⁶. Otros métodos permiten conocer *qué* se hace pero no *cómo* se hace, ni cuantitativa ni cualitativamente. La relación entre ritmos-posturas y etapas del desarrollo propuesta por la psicoanalista Judith Kestenberg (1978) es otro de los análisis que explican el movimiento y su correlación psíquica. Este enfoque se materializó en el perfil de movimiento de Kestenberg. La autora realizó una reelaboración del sistema de Laban articulándolo con las teorías evolutivas psicodinámicas.

3.1.3.4. Relación terapéutica

La relación terapéutica es uno de los principios fundamentales de la DMT. Se establece como una característica diferenciadora de otras disciplinas que toman el cuerpo y el movimiento como herramienta de trabajo. El concepto de *alianza terapéutica* o *alianza en el trabajo* no provoca en sí mismo el cambio, pero es un prerrequisito necesario para que tenga lugar el proceso terapéutico (Gaston, 1990; Tichenor y Hill, en Kleinke, 2002). En DMT se entiende el proceso terapéutico, ese viaje conjunto, como una experiencia conductual-cognitiva-afectiva-corporal-creativa. Los conceptos de transferencia y contratransferencia provenientes del psicoanálisis son estudiados y aplicados.

Según Rogers (Rogers, 1957), el poder de la relación terapéutica se basa en la autenticidad, la empatía y la aceptación positiva incondicional. Existen múltiples definiciones de la empatía en un contexto psicoterapéutico, pero todas se basan en la capacidad que tiene una persona de comprender a otra. La DMT propone, además, la *empatía kinestésica*, el intento de vivenciar la experiencia ajena. Implica reconocer como propio lo que siente el otro, conocer su situación y actuar en consecuencia. No se basa en una comprensión intelectual: se trata de un

³⁶ “La clasificación respecto de los movimientos de una persona debiera comenzar en el momento en que se la ve por primera vez” (Laban, 2006 p.160).

acercamiento psicocorporal, por lo que precisa partir de la experiencia intersubjetiva entre terapeuta y paciente. La empatía kinestésica puede operar a partir de lo que el danzaterapeuta *espejea*. *Espejear (mirroring)* consiste en reflejar a través de la propia actividad muscular y verbal lo que se percibe en el movimiento y en el cuerpo del paciente. No es una mera imitación o mímica, sino que constituye la interpretación kinestésica y visual de aquello que el paciente está viviendo o trata de comunicar inconscientemente a través del movimiento. De este modo se puede generar un *diálogo tónico* (Ajuriaguerra, 1982) o el *espacio dialógico*, observado por Trevarthen en las relaciones tempranas (Trevarthen y Aitken, 2001) y por Sheflen en las interacciones adultas (Sheflen, 1972).

3.2. Principios teóricos básicos

A modo de resumen, el siguiente cuadro se propone enlazar las bases o principios teóricos de la DMT (Meekums, 2005) con algunos de los conceptos nombrados en los fundamentos, que aquí se recopilan en el modelo teórico de Chace³⁷ (Chaiklin y Schmais, 1973):

Modelo Teórico de Chace	Principios teóricos de la DMT
<p>Bases:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuerpo en acción o activación corporal (<i>body action</i>) - Simbolismo - Relación terapéutica en movimiento - Actividad rítmica grupal <p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ronda grupal - Liderazgo compartido - <i>Espejeo (mirroring)</i> - Empatía kinestésica 	<p>Bases:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El cuerpo y la mente interactúan, por lo que un cambio en el movimiento afectará al funcionamiento total (Berrol, 1992; Stanton-Jones, 1992). - El movimiento refleja la personalidad (North, 1972; Stanton-Jones, 1992). <p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En cierta medida la relación terapéutica es mediada no verbalmente, por ejemplo a través del <i>espejeo</i> que el terapeuta hace del movimiento del cliente (Chaiklin y Schmais, 1979; Stanton-Jones, 1992).

³⁷ A mediados de 1950, la bailarina Marian Chace –considerada una de las pioneras de la DMT- es invitada a trabajar con los pacientes del hospital psiquiátrico St. Elizabeth de Nueva York. Sus trabajos e investigaciones a partir de esta experiencia y todas las siguientes, se han ido convirtiendo en principios, bases teóricas y métodos de trabajo que ha conformado la DMT como una disciplina artístico-científica.

	<ul style="list-style-type: none"> - El movimiento tiene una función simbólica y como tal puede evidenciar los procesos inconscientes (Schmais, 1985; Stanton-Jones, 1992). - La improvisación del movimiento permite al cliente experimentar con nuevos modos de ser (Stanton-Jones, 1992). - La DMT permite la recapitulación de las relaciones objetales tempranas en virtud de la mediación, en gran parte no verbal, de estas (Meekums, 1990; Trevarthen, 2001).
--	--

4. Conclusiones

Este recorrido por la Danza Movimiento Terapia permite concluir que la psicoterapia de finales del siglo XX y comienzos del XXI ya goza de una visión multidimensional. Cuando hablamos, la comunicación contiene un altísimo porcentaje de *material no verbal*, como mínimo un 70 %. Entonces, ¿por qué no trabajar desde una perspectiva psicoterapéutica que tenga en cuenta ese material? ¿Por qué no valorar el lenguaje o la comunicación no verbal? ¿Por qué no incluir la DMT en una intervención multidisciplinar? ¿Por qué no tener en cuenta el cuerpo y la perspectiva corporal en una intervención y, ya de paso, en la vida? En definitiva, el arte, la danza, el movimiento, la psicología, la psicoterapia, la DMT y todo lo expuesto en este artículo se sintetiza en un principio asombrosamente simple: el cuerpo y su movimiento, que es llevado a su máximo esplendor en la danza.

Isadora Duncan³⁸ decía que «bailar es vivir» (2003). La danza se escribe esencialmente con el cuerpo y un cuerpo es único, irrepetible. En la danza, el objeto y el sujeto son inseparables, por eso la danza es la expresión artística más subjetiva. El cuerpo, cuando escribe un movimiento, ya está escogiendo una identidad única. Cuando vemos un cuerpo que se mueve, no sólo vemos aquello que hace sino

³⁸ Isadora Duncan (San Francisco, 1877 - Niza, 1927), bailarina y coreógrafa, se reconoce como una de las creadoras de la danza moderna y contemporánea. Incorporaba puestas en escena y movimientos que tenían más que ver con una visión filosófica de la vida ligada quizás al expresionismo. Su puesta en escena fue revolucionaria ya que bailaba sin maquillaje, con el cabello suelto, con una túnica vaporosa que dejaba adivinar el cuerpo y entrever las piernas desnudas y los pies descalzos, frente al moño, los vestidos de tutú, zapatillas de punta y medias rosadas de rigor en el ballet clásico.

también aquello que es, aquello que integra. La danza se da en la persona para pasar de persona a persona, y así este lenguaje transforma y te transforma. Todos nos movemos en menor o mayor medida, todos somos distintos pero todos iguales. Somos únicos y diversos. Estamos hechos de los demás. La danza, como arte, recoge lo esencial, profundo y verdadero del ser humano y el saber ancestral que tiene sobre el cuerpo y su expresión. La investigación científica, todo el desarrollo del conocimiento psicológico y psiquiátrico, convalida los conocimientos intuitivos de las pioneras de la DMT. Entonces, ¿bailar cura?, ¿bailar mejora?, ¿bailar te cuida?, ¿bailar funciona?, ¿bailar transforma? A día de hoy existe evidencia empírica y científica de que sí, pero aún queda camino por recorrer: el saber, el conocimiento, debe seguir *moviéndose* y debemos seguir investigando.

Espero haber respondido algunas de las preguntas que proponía al principio de este artículo o, cuanto menos, haber transmitido sucintamente algunas reflexiones que trasladen al lector la importancia que tienen el cuerpo, el movimiento y el lenguaje no verbal en la psicoterapia e, insisto, en la vida.

Y si no ha sido así pues, sencillamente, bailen y véanlo, vean el cuerpo, aunque sea por el rabillo del ojo. Lo importante es verlo y vivirlo. Vivir esa experiencia de habitar el cuerpo. Estoy segura de que mis palabras no habrán llegado como quisiera y de que me habré dejado muchas cosas en el tintero, pero espero que aquí ocurra como en la danza, que algo llegue donde las palabras no pueden llegar.

Así que insisto y les invito a bailar. Véanlo, como decía Paul Valéry (1944): «Vedlo... va girando... Un cuerpo tiene, por su simple fuerza y por su acto, poder bastante para alterar más profundamente la naturaleza de las cosas de lo que jamás el espíritu en especulaciones o metido en sueños consiguiera».

BIBLIOGRAFÍA

AGUDELO, Leandro, *et al.* «Skeletal Muscle PGC-1 α Modulates Kynurenine Metabolism and Mediates Resilience to Stress-Induced Depression», en *Cell* [en

- línea]. 2014, vol. 159, núm. 1 [consulta: 3 de septiembre de 2014]. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.cell.2014.07.051>>.
- ANZIEU, Didier. *El yo-piel*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1998.
- ARBEAU, Thoinot. *Orchesografía. Tratado sobre danzas en forma de diálogo*. Buenos Aires: Centurión, 1946.
- ARIETI, Silvano. *Creatividad. La síntesis mágica*. México: Fondo de Cultura Económica, 1993.
- BARROSO, Cecilio, y MEDINA, Francisca. «Una escena de danza en el arte rupestre postpaleolítico de la provincia de Málaga», en *Mainake*. 1988, núm. 10.
- BERNARD, Michel. *El Cuerpo. Un fenómeno ambivalente*. Barcelona: Paidós, 1985.
- BARTENIEFF, Irmgard, y DAVIS, Martha, (1965) *Effort-shape analysis of movement: The unity of function and expression*. New York: Albert Einstein College of Medicine.
- CHAIKLIN, Sharon, y SCHMAIS, Claire (1973). The Chace Approach to Dance Therapy. En: Lewis Bernstein, P (comp) *Eight theoretical approaches in dance-movement therapy*. Iowa: Kendall/Hunt. p.15-30.
- DE AJURIAGUERRA, Julián. (1982). Ontogénesis de las posturas: yo y el otro. En: DE AJURIAGUERRA, Julián. *Cuerpo y comunicación*. Madrid: Pirámide.
- DULICAI, Diane, y ROSKIN BERGER, Miriam. (2005) *Global Dance/Movement therapy growth and development*. The Arts in Psychotherapy, 32, p.205-216.
- DUNCAN, Isadora. *El Arte de la Danza y otros escritos*. Madrid: Akal, 2003.
- FIORINI, Héctor. (1995) *El Psiquismo creador. Teoría y Clínica de los Procesos Terciarios*. Buenos Aires: Paidós
- FRATINI, Roberto. *A contracuento: La Danza y las derivas del narrar*. Barcelona: Institut del Teatre – Mercat de les Flors, 2012.
- HASS-COHEN, Noah. «Partnering of Art Therapy and Clinical Neuroscience», en HASS-COHEN, Noah, y CARR, Richard. *Art Therapy and Clinical Neuroscience*. London: Jessica Kingsley Publishers, 2008.
- KESTENBERG, Judith. *The role of movement patterns in development*. New York: Dance Notation Bureau, 1978.
- KLEIN, Jean Pierre. *Arteterapia. Una introducción*. Barcelona: Octaedro, 2006.
- «La Creación como proceso de transformación», en *Papeles de Arteterapia y Educación Artística para la inclusión social*. 2006, vol. 1.
- KLEINKE, Chris L. *Principios comunes en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2002.
- LAKOFF, George, y JOHNSTON, Mark. *Philosophy in the Flesh: The Embodied Mind and its Challenge to Western Thought*. New York: Basic Books, 1999.
- *Methaphors we live by*. Chicago: The University of Chicago Press, 1980.
- LABAN, Rudolf. *El Dominio del Movimiento Humano*. Madrid: Fundamentos, 2006.
- *Danza educativa moderna*. Barcelona: Paidós, 1984.

- MEEKUMS, Bonnie. *Dance Movement Therapy*. Londres: Sage, 2005.
- PAYNE, Helen. *Dance Movement Therapy: Theory and practice*. Londres: Routledge, 1992.
- ROGERS, Carl. *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin, 1961.
- STANTON-JONES, Kristina. *An Introduction to Dance Movement Therapy in Psychiatry*. Londres: Routledge, 1992.
- SHEETS-JOHNSTONE, Maxine. «Why is movement therapeutic?», en *American Journal of Dance Therapy*, 2010, vol. 31.
- SCHOTT-BILLMANN, France. «The age-old power of dance in the service of a therapy of today: Dance-rhythm therapy», en PITRUZELLA, Salvo, *et al.* (Eds.). *Arts in Arts Therapies: A European Perspective*. Plymouth: ECARTÉ Publications, 2009.
- SIEGEL, Elaine. *Dance-movement therapy. Mirror or ourselves*. Nueva York: Human Sciences Press, 1984.
- SHEFLEN, Albert E. *Body language and social order*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1972.
- TREVARTHEN, Colwyn, y AITKEN, Kenneth. «Infant Intersubjectivity: Research, Theory and Clinical Applications», en *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2001, vol. 42, núm. 1.
- VALÉRY, Paul. *El Alma y la Danza*. Buenos Aires: Losada, 1944.
- WENGROWER, Hilda. «Terapia por el Movimiento y la Danza: el arte del movimiento y la danza al servicio de la salud», en *Full Informatiu del Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya*. 2004, núm. 165.
- WENGROWER, Hilda, y CHAIKLIN, Sharon. *La vida es danza: El arte y la ciencia de la Danza Movimiento Terapia*. Barcelona: Gedisa, 2008.
- WINNICOTT, Donald W. *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa, 2003.

AUTORES

ROGELI ARMENGOL

Doctor en Medicina. Especialista en psiquiatría. Hasta su jubilación fue médico del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona. Académico correspondiente de la Real Academia de Medicina de Cataluña. Miembro del Comité de Bioética de Cataluña. En 2009 recibió el Premio a la Excelencia Profesional otorgado por el Colegio de Médicos de Barcelona. Es autor de los libros *El pensamiento de Sócrates y el psicoanálisis de Freud*, *Felicidad y dolor: una mirada ética* y *El mal y la conciencia moral*.

ARACELI TEIXIDÓ

Psicoanalista miembro de la Escuela Lacaniana de Psicoanálisis y de la Asociación Mundial de Psicoanálisis. Psicóloga clínica en las unidades sociosanitarias del Hospital Sant Jaume, en Calella, desde 1995. Co-coordinadora de la Red Psicoanálisis y Medicina (Instituto del Campo Freudiano). Docente en diversas instituciones médicas y psicoanalíticas. Docente asociada en el Máster de Psicología General Sanitaria de la Universidad Autónoma de Barcelona. Doctoranda en Filosofía en la misma universidad. Consulta privada en Barcelona y Vilassar de Mar.

SERGI SOLÉ PLANS

Licenciado en Medicina, formado como psiquiatra en el Hospital R. Lafora de Madrid. En 2010 recibió el Diploma de Estudios Avanzados por la Universidad Autónoma de Madrid. Prosiguió sus investigaciones centradas en las implicaciones del concepto de subjetividad en psiquiatría, dándolas a conocer mediante publicaciones en revistas especializadas, en presentaciones en congresos y, desde 2013, en publicaciones periódicas en *Fenopatológica*, blog de psiquiatría hermenéutica que también edita. Miembro de la Comisión de Ética Asistencial de BCN Salud Mental.

JÚLIA MARTÍN

Licenciada en Filosofía. Máster en Ciudadanía y Derechos Humanos por la Universidad de Barcelona, donde actualmente es doctoranda en Ciudadanía y Derechos Humanos y cursa un máster en Bioética y Derecho. Coordinadora del Col·laboratori de Deliberació y responsable de su página web. Pertenece al Grupo Interdisciplinar de reflexión y Soluciones Matemáticas para Entidades, un grupo multidisciplinario vinculado a la Universidad de Barcelona, dentro del cual ha colaborado en un proyecto europeo del séptimo marco de investigación financiado por la Comisión Europea. Ha sido articulista de la revista *Valors*.

SORAYA HERNÁNDEZ

Diplomada en Trabajo Social. Máster en Ciudadanía y Derechos Humanos por la Universidad de Barcelona. Actualmente, cursando un máster en Trabajo Social Sanitario en la misma universidad. Miembro del Col·laboratori de Deliberació y responsable de su blog. Trabajadora social sanitaria en el ámbito de la tercera edad. Miembro del grupo de intervención psicosocial en catástrofes y emergencias creado por Protección Civil y el Colegio de Trabajo Social.

MAURO VALENCIANO

Licenciado en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte. Máster en Ciudadanía y Derechos Humanos: Ética y Política, por la Universidad de Barcelona. Entrenador de baloncesto, formador de entrenadores y árbitros, coordinador de actividades extraescolares deportivas. Miembro fundador de l'Associació Societat Científica Metaescrits. En línea con el tema de su comunicación publicó, en 2012, el libro *Aprender a ganar: La competición en el desarrollo de los deportistas*.

RAÚL ALCÁZAR

Licenciado en Psicología. Director técnico de la Residencia Tres Pins para personas con discapacidad intelectual y trastornos de conducta (Sant Pere Claver-Fundació Sanitària). Miembro del Comité de Ética Asistencial de la Fundación Sant Pere Claver, donde también es Coordinador de Recursos Residenciales, y Presidente del Grupo de Reflexión Ética de la Residencia Tres Pins. Cuenta con más de doce años de experiencia en atención a las personas con discapacidad, como psicólogo y como gestor.

PEPITA CABISCOL

Diplomada en Trabajo Social y licenciada en Psicología. Profesora asociada del Departamento de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de Barcelona. Coordinadora del Servicio de Atención a las Personas con Discapacidad del Consorcio de Servicios Sociales de Barcelona. Miembro del patronato de la Fundación Nexe, especializada en atención a la infancia con pluridiscapacidad, y de la Fundación Privada de Servicios de Atención Tutelar.

CLARA CLOS

Licenciada en Psicología. Formada en atención a personas con discapacidad, sexualidad, trastornos de conducta y mentales, acompañamiento en procesos de duelo y formación para adultos. Empezó en el mundo de la diversidad funcional trabajando en servicios de educación en el tiempo libre y, desde 1989, siguió en la Fundación Pere Mitjans, primero como educadora y después como coordinadora. Ha participado como docente en cursos, jornadas y congresos. Desde 1996 es directora técnica de los servicios residenciales de la Fundación Pere Mitjans. Es coautora del libro *Sensuales. Relatos de sexo y afecto en la discapacidad*.

MARC MARTÍ MESTRE

Diplomado en Enfermería. Máster Universitario en Ciudadanía y Derechos Humanos: especialidad en instituciones políticas y sociedad civil, por la Universidad de Barcelona. Enfermero y Coordinador de Planes Individuales en el Programa de Seguimiento Individual de la corporación sanitaria Parc Taulí de Sabadell.

MARINA ESCOFET

Licenciada en Comunicación Audiovisual. Médico residente en Medicina Familiar y Comunitaria en el Área Básica de Salud 4 de Santa Coloma de Gramenet (Instituto Catalán de la Salud Metropolitana Norte), en el Hospital Esperit Sant. Miembro de la asociación Oratge, dedicada al ocio de personas con discapacidad psíquica grave.

MIREIA TREMOLEDA

Licenciada en Medicina. Miembro del colectivo de autogestión de la salud Salut Entre Totes. Miembro de la asociación Oratge, dedicada al ocio de personas con discapacidad psíquica grave. Posgrado en Salud Mental Colectiva coordinado por la Universidad Rovira i Virgili, la Fundació Congrés Català de Salut Mental y la asociación sociocultural Ràdio Nikossia.

MAIALEN MARTÍNEZ

Médico residente en Medicina Familiar y Comunitaria en el Área Básica de Salud 4 de Santa Coloma de Gramenet (Instituto Catalán de la Salud Metropolitana Norte), en el Hospital Esperit Sant. Participó en el programa *Arte na Medicina*, sobre arteterapia, en el Hospital Universitario Oswaldo Cruz y en la Universidade Federal de Pernambuco (Brasil).

MARGARITA TOMÁS

Licenciada en Medicina. Médico del trabajo responsable de la Unidad de Salud Laboral del Vallés (Agencia de Salud Pública de Cataluña). Anteriormente estaba en la Unidad de Salud Laboral de Sabadell. Ha trabajado como médico especialista en medicina del trabajo en la Mutua de accidentes de trabajo Egara y en la Sociedad de prevención Egarsat, en Unipresalud y en Vigilancia de la Salud del Servicio de Prevención de Riesgos propio de las empresas Panrico, Donut, Banco de Europa, Siemens VDO y Braun.

DANIEL ACOSTA

Diplomado en Enfermería. Máster en Bioética y Éticas aplicadas por la Universidad de Barcelona. Enfermero gestor de la Unidad de Salud Laboral del Vallés (Agencia de Salud Pública de Catalunya). Ha seguido una trayectoria profesional en el ámbito de la gestión desarrollando diferentes cargos, desde supervisor general a Director de atención ciudadana en un hospital comarcal. Actualmente, presidente del CEA del Hospital de Mollet. Profesor colaborador de la cátedra de Medicina Legal y forense de la UAB en materia de Bioética y Legislación en la disciplina de Enfermería.

ANTONI LLORT

Diplomado en Trabajo Social. Licenciado en Antropología. Máster en Antropología Médica y Salud Internacional por la Universidad Rovira i Virgili. Coordinador de los proyectos de Salud colectiva y Reducción de riesgos y daños en el Servicio de Adicciones y Salud Mental del Hospital Universitario Sant Joan de Reus/Plan de acciones sobre drogas. Miembro activo en distintas asociaciones para la mejora de las políticas de drogas.

TERESA BORRÀS

Diplomada en Educación Social. Licenciada en Psiquiatría. Máster en Terapia Familiar Sistémica en la Universidad Autónoma de Bellaterra. Diplomada en Mediación en la Universidad de California. Psicoterapeuta. Experta en drogodependencias. Directora del Servicio de Adicciones y Salud Mental del Hospital Universitario Sant Joan de Reus/Plan de acciones sobre drogas. Actualmente es colaboradora técnica de Instituto Genus y ha formado parte del equipo técnico de Grupo Igia. Participa en el movimiento de asociaciones de usuarios de drogas. Co-autora de una decena de documentales relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

PILAR SALES MORENO

Licenciada en Medicina. Especialista en medicina interna. Máster en Cuidados Paliativos por la Universitat de Barcelona/Institut Català d'Oncologia). Máster oficial en Ciudadanía y Derechos Humanos: Ética y Política por la Universidad de Barcelona. Desarrolla su actividad profesional en la Unidad de Psicogeriatría y Larga Estancia del Centro Sociosanitario la Albada, de la Corporación Sanitaria y Universitaria Parc Taulí, en Sabadell, donde también es miembro del Comité de Ética Asistencial.

MACARENA CABRERA

Licenciada en Medicina y Cirugía. Especialista en geriatría y gerontología. Máster en Cuidados Paliativos de Pacientes Oncológicos por la Universidad Autónoma de Madrid. Máster en Ecología Emocional por el Instituto de Ecología Emocional de Barcelona. Ha trabajado durante años en la atención hospitalaria y domiciliaria de pacientes paliativos con cáncer. Actualmente desarrolla su actividad en la Unidad Geriátrica de Agudos del Complejo Sanitario Universitario Parc Taulí.

GERMÁN DIESTRE

Licenciado en Medicina. Especialista en medicina interna. Máster en Metodología en Ciencias de la Salud y máster en Psicogeriatría por la Universidad Autónoma de Barcelona. Máster en Bioética y Derecho por la Universidad de Barcelona. Responsable de la Unidad de Psicogeriatría del Centro Sociosanitario Albada del Complejo Sanitario Universitario Parc Taulí, donde también es miembro del Comité de Ética Asistencial. Miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Catalana de Bioética.

SERGIO RAMOS POZÓN

Licenciado en Filosofía. Máster en Ciutadania i Drets humans: Ètica i Política, y doctor en Filosofía por la Universidad de Barcelona. Ha impartido clases en la Facultat de Filosofia de la dicha universidad y en el Máster de Bioética del Instituto Borja de Bioética, y en cursos sobre bioética de la Fundació Víctor Grífols i Lucas y del Instituto Catalán de Oncología. Ha escrito varios artículos y capítulos de libros sobre bioética y salud mental, principalmente.

MIGUEL MARTÍNEZ

Licenciado en Medicina. Especialista en psiquiatría. Licenciado en Filosofía por la Universitat de Barcelona. Máster en Bioética por el Institut Borja de Bioètica. Miembro del Comité de Ética Asistencial de Centro Asistencial en Salud Mental Benito Menni.

BELÉN GÍAS

Licenciada en Medicina. Especialista en psiquiatría. Máster en Bioética y Derecho por la Universitat de Barcelona. Profesora asociada de la cátedra de Psiquiatría en la facultad de Medicina de la Universitat Internacional de Catalunya. Coordinadora del Hospital de Dia y del Servei de Rehabilitació Comunitària de Granollers (Centro Asistencial en Salud Mental Benito Menni). Miembro del Comité de Ética Asistencial de Benito Menni CASM.

JOSEP CAZORLA

Diplomado en Trabajo Social. Máster en Derechos Humanos y Ciudadanía: Ética y Política, especialidad de Ética y Ciudadanía de la Universidad de Barcelona. Doctorando en Educación y Sociedad, en el programa de doctorado en Trabajo Social, Servicio Social y Políticas Sociales de la Universidad de Barcelona. Trabajador social en el Servicio de Atención a Inmigrantes, Extranjeros y Refugiados.

BEATRIZ LANGA CASTAÑO

Licenciada en Psicología. Danzamovimientoterapeuta. Bailarina de danza contemporánea, intérprete y creadora. En la actualidad ejerce como psicóloga en diversas instituciones sociales y clínicas (especialidad clínica y psicoterapia), e investiga en los siguientes ámbitos: psicología clínica y psicoterapia; movimiento y cuerpo; procesos creativos; y psicología del arte. Y sigue bailando.

Editado
en Barcelona,
en noviembre de 2015.

Aporia  Grup de recerca
en Filosofia Contemporània,
Ètica i Política

 **Sant Pere Claver**®
INSTITUT DOCENT-RECERCA