

VII CONGRESO INTERNACIONAL DE BIOÉTICA  
**FILOSOFÍA Y SALUD MENTAL**

COMUNICACIONES

24 y 25 de noviembre de 2016

Edición a cargo de  
Begoña Román, Gloria Cagigal y Josep Maria Esquirol

Aporia  Grup de recerca  
en Filosofia Contemporània,  
Ètica i Política

 UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

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

Editat:

**Aporia**  Grup de recerca  
en Filosofia Contemporània,  
Ètica i Política

[www.aporia.cat](http://www.aporia.cat)

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

[www.spcdocent.org](http://www.spcdocent.org)

Edició a cargo de Begoña Román, Gloria Cagigal y Josep Maria Esquirol

Fecha de edición: Noviembre 2017

ISBN: 978-84-697-7985-9



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

## ÍNDICE

### PRÓLOGO

Begoña Román, Josep Maria Esquirol y Gloria Cagigal	7
---	---

### I. LA PERSPECTIVA FILOSÓFICA

Sergi Piñar, Marta Romero y Diana Tolosa LAS ENFERMERAS DE SALUD MENTAL SE CUESTIONAN LA APLICACIÓN DE LA RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTOS	11
Marc Illa EL DERECHO A LA INTIMIDAD: MÁS QUE RESPETO	15
JM. López Santín ASPECTOS ÉTICOS DE LA ACTIVIDAD PREDICTIVA Y PREVENTIVA EN PSIQUIATRÍA	24
Sergi Solé UNA ÉTICA PARA LA PSICOSIS	43
Sergi Raventós RENTA BÁSICA: UNA PROPUESTA ÉTICA TAMBIÉN PARA LA SALUD MENTAL	50
Maria Àngels Porxas EL PODER DEL DERECHO EN LA VIDA DIAGNOSTICADA	58

### II. LA PERSPECTIVA ASISTENCIAL

Bernabé Robles y Sergio Ramos SOBRE EL SUICIDIO MÉDICAMENTE ASISTIDO Y LA EUTANASIA EN SALUD MENTAL	69
Sabel Gabaldón DISFORIA DE GÉNERO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. ASPECTOS ÉTICOS IMPLICADOS EN SU CATEGORIZACIÓN Y EN SU TRATAMIENTO.	85
Beatriz Langa UN CUERPO, UN TRABAJO. <i>El significado de la dimensión corporal en los programas de inserción laboral para personas con discapacidad y/o en riesgo de exclusión social.</i>	93

Cristina Pradillo		
LA ALTERIDAD EN LA PSICOLOGÍA: CONSECUENCIAS ÉTICO-POLÍTICAS		109
<hr/>		
Marila Uliaque y Núria Figueras		
LA IMPORTANCIA DEL PROCESO DE PREINGRESO EN EL RECURSO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD		120
<hr/>		
<b>III. LA PERSPECTIVA ORGANIZATIVA</b>		
Julián Camacho		
ESPACIO DE VIDA Y ENFERMEDAD MENTAL		125
<hr/>		
Maria Ribas y Oriol Canalias		
ASPECTOS ÉTICOS EN EL ABORDAJE DEL ADOLESCENTE CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES EN CENTROS DE JUSTICIA JUVENIL		137
<hr/>		
Montserrat Fernández		
DILEMAS ÉTICOS EN EL EJERCICIO DE LA TUTELA		154
<hr/>		
Francisco José Eiroá		
EL ESTADO DE LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS EN EL ÁMBITO DE LA PRÁCTICA DE LA SALUD MENTAL		161
<hr/>		
Elena Serrano		
ATENCIÓN A PACIENTES CON MALESTAR EMOCIONAL POR CONDICIONANTES SOCIALES: CONFLICTOS ÉTICOS ANTE LAS RESPUESTAS MÉDICAS A LOS PROBLEMAS SOCIALES		177
<hr/>		
Berna Villareal		
¿QUÉ VALORES ÉTICOS NOS ORIENTAN EN EL TRABAJO EN RED?		182
<hr/>		
<b>AUTORES</b>		187
<hr/>		

## PRÓLOGO

En su séptima 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 se centró en las diferentes profesiones y organizaciones involucradas en la atención de las personas con problemáticas de salud mental, en esta ocasión el Congreso versó sobre el sentido de hablar de una sola bioética y de los dilemas éticos que se derivan del diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales, siempre desde la ineludible interdisciplinariedad que esta reflexión precisa.

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.

Igual que ha sucedido en los años anteriores, la interdisciplinariedad abarcó la totalidad del congreso, y el 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 la mayoría de las comunicaciones 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.

Desde la perspectiva filosófica, encontramos cinco comunicaciones: en la primera, los autores se plantean la necesidad de hallar una alternativa a la aplicación de restricción de movimientos en pacientes con trastornos de salud mental, dado el carácter cuestionable de dicha práctica; en la segunda, se propone el concepto de "intimidad" como vinculante en la práctica sanitaria y se cuestiona su uso únicamente asociado a la "confidencialidad" y no, también, al "cuidado" o la "atención"; el tercer texto se constata que, en la prescripción preventiva del trastorno mental, a menudo se incurre en un patrón biologicista que cosifica y estigmatiza al paciente, que podría evitarse si se fundamentara en una ética de sí cuyo propósito fuera el de una "poética de sí mismo" que asumiera la fragilidad; en la cuarta ponencia el autor invita a una relectura no formalista de la ética kantiana mediante la cual se pueda acceder a la pragmática del diálogo de forma diferente para el tratamiento de la psicosis; en la penúltima comunicación el autor propone como medida de protección social y de prevención la Renta Básica Universal; y, finalmente, cierra la perspectiva filosófica una comunicación que reflexiona sobre la importancia del derecho como proceso conformador de conductas y de la realidad.

Abre la perspectiva asistencial una comunicación que reflexiona sobre la posibilidad de que un paciente con un trastorno mental solicite la eutanasia y/o el suicidio médicamente asistido; el segundo texto se centra en la disforia de género en niños y adolescentes y plantea una aproximación despatologizadora de la transexualidad; en la tercera comunicación, la autora revisa el papel del cuerpo en la atención e intervención en los itinerarios de inserción sociolaboral de personas con discapacidad y/o riesgo de exclusión social y reivindica la relevancia de la dimensión corporal en dichos itinerarios; en el siguiente texto, se propone el concepto de "Alteridad" como alternativa teórica a las nociones habituales de sujeto en psicología y las consecuencias ético-políticas de la nueva propuesta; y, para cerrar la perspectiva

asistencial, las autoras exponen el protocolo de ingreso de personas con discapacidad intelectual en la residencia Mas Sauró, que pretende generar el mínimo impacto para el usuario como para el resto de agentes implicados.

Finalmente, la perspectiva organizativa, la inaugura un texto que reflexiona sobre los valores éticos que puede trasladar o promover un determinado ambiente o una arquitectura de un centro residencial para pacientes con trastorno mental; el segundo texto plantea qué relación debe establecerse entre los profesionales sanitarios y judiciales en casos de adolescentes con problemas de salud mental que actúan de forma transgresora; la siguiente comunicación se centra en un caso práctico que pone de manifiesto los dilemas éticos a los que se enfrentan los tutores de personas con trastornos mentales cuando el derecho y protección del tutelado no encaja con las expectativas de la sociedad; el antepenúltimo texto se enfoca en los derechos de los usuarios en el ámbito de la práctica de la salud mental; la penúltima comunicación plantea también los dilemas derivados de dar respuestas médicas a problemas sociales; y, concluye la perspectiva organizativa un texto que reflexiona sobre los valores éticos que imperan en el trabajo intersectorial o en red en relación a las personas con problemas de salud mental.

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**



## LAS ENFERMERAS DE SALUD MENTAL SE CUESTIONAN LA APLICACIÓN DE LA RESTRICCIÓN DE MOVIMIENTOS

Sergi Piñar  
Marta Romero  
Diana Tolosa

### Resumen

---

La relación de ayuda o terapéutica genera un vínculo enfermera-paciente durante todo el proceso del cuidado. Durante el cuidado del paciente diagnosticado de trastorno mental, surgen dificultades en la relación terapéutica que pueden finalizar con una restricción de movimiento al paciente. La restricción de movimientos es un método extraordinario con finalidad terapéutica, empleado en situaciones de emergencia que conlleven una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros, y que no puedan evitarse por otros medios terapéuticos.

Los enfermeros que participamos directamente aplicando la medida de restricción de movimientos nos planteamos si existen otras alternativas, como por ejemplo entrenar las habilidades comunicativas en situaciones críticas. La utilización de la relación terapéutica conlleva gran responsabilidad en los cuidados enfermeros a las personas diagnosticadas de trastorno mental, la comunicación verbal y no verbal puede contribuir de manera positiva o negativa en el proceso del cuidado. El dominio de las habilidades en comunicación para afrontar situaciones de crisis es de vital importancia para poder reducir el número de restricciones de movimientos en las unidades de agudos de salud mental.

**Palabras clave:** restricción de movimientos, enfermería, ética, cuidados.

---

En este texto cuestionamos el fondo del cuidado que representa la técnica de la “contención mecánica”. Enfermeras ilustres a lo largo de los años como Florence Nightingale, Virginia Henderson, Hildegard Peplau, Callista Roy, Jean Watson y muchas otras, han contribuido a ofrecer a la filosofía enfermera una visión humanista o centrada en el cuidado del otro. Conceptos como fidelidad, sinceridad,

congruencia, tolerancia a la diferencia, actitud empática y asertividad nos da una idea de cómo la enfermera realiza su cuidado y lo dirige hacia la persona que “cuida”.

Es habitual escuchar que el hecho de cuidar personas es un trabajo que puede desgastar la psique de la persona al igual que su estado físico, dicese del concepto Burnout o del quemado por su trabajo. Durante años he observado, compartido y experimentado el cuidado, pero con los años he entendido que el cuidar, al final, es un tipo de arte. Hago mío la acepción del concepto arte como sinónimo de capacidad, habilidad, talento y experiencia. Algunos profesionales consiguen pulir su arte y otros, en cambio, se estancan en culturas o filosofías de cuidar poco humanas.

Hablemos entonces de una técnica de cuidar en salud mental y cuestionemos su utilización. Una de las intervenciones de enfermería dentro del cuidado del paciente diagnosticado de enfermedad mental es la restricción de movimientos, aunque se utilizan en muchos otros ámbitos de la enfermería (pacientes gerontológicos, intervenciones quirúrgicas, etc.). Para alguien que no conozca este concepto se refiere a: “la necesidad de restringir los movimientos de la persona enferma con finalidad terapéutica, utilizada en situaciones de emergencia (que conlleve una amenaza urgente o inmediata para la vida y/o integridad física del propio paciente o de terceros), y que no puede evitarse por otros medios terapéuticos”.

Actualmente en España su utilización es una técnica muy utilizada en los servicios de salud mental. A mi entender, cada vez más utilizada, y me atrevería a decir que “excesivamente utilizada”. Los motivos de su utilización por las enfermeras son muy diversos pero para centrar la cuestión comentaré alguna situación, como por ejemplo el caso de un paciente que se muestra agresivo verbalmente; o el de una paciente que se quiere hacer daño con un cuchillo dentro de la unidad; o alteración conductual con riesgo de hacer daño a terceros, etc.

Es en estas situaciones donde la enfermería en salud mental ha de actuar con rapidez y aplomo. Pero no todos los profesionales de enfermería en salud mental actúan de una manera ética, pero hablo del sentido de *la ética del cuidado*. La Dra.

Román nos habla de este concepto como el deber de formarse, de atender a la diferencia y de la vocación de cuidar por parte de los profesionales.

La evidencia científica nos enseña que la utilización de la restricción de movimientos provoca la pérdida total de la confianza en el profesional de enfermería. La relación terapéutica se rompe porque los profesionales que utilizan esta técnica (derecho de formarse) no la realizan correctamente, no se ponen el lugar del otro (actitud empática) y contribuyen al estigma de la persona diagnosticada de una enfermedad mental.

Actualmente observo que hay varios factores que pueden influir en la toma de decisión de las enfermeras de salud mental, en el momento de aplicar o no una restricción de movimiento a ese paciente que está sufriendo: mayor presencia de un modelo biomédico; el acomplejamiento de los profesionales de enfermería en salud mental para contribuir en los cuidados; escaso cuestionamiento del propio trabajo enfermero; las diferentes culturas de cuidados generadas en los centros de psiquiatría; la rutina de trabajo; la precariedad laboral, etc...

Independientemente de todos estos factores y muchos otros que podrían estar actuando, debemos preguntarnos, ¿es necesario la restricción de movimientos para cuidar en los centros de salud mental? En Europa el cuestionamiento ya se ha producido con la aplicación de leyes, campañas para su anulación o grupos de trabajo. Reino Unido e Islandia ya han erradicado la restricción de movimientos en los cuidados a personas diagnosticadas de una enfermedad mental y otros países como Alemania, Holanda, Italia, Finlandia, Suecia están promoviendo que se puedan erradicar.

## BIBLIOGRAFÍA

- CHIEN WT., CHAN CWH., LAM LW., KAM CW. “Psychiatric inpatients’ perceptions of positive and negative aspects of physical restraint”. *Patient Educ Couns*; (59):80–86, 2005.
- FERNÁNDEZ Á. Y ZABALA J. “Restricción física: Revisión y reflexión ética”. *Gerokomos*. 25(2): 63–67, 2014.

- KRÜGER C., MAYER H., HAASTERT B., MEYER G. “Use of physical restraints in acute hospitals in Germany: A multi-centre cross-sectional study”. *Int J Nurs Stud.* 50 (12); 1599–1606, 2013;
- LEMONIDOU C., PRIAMI M., MERKOURIS A., KALAFATI M., TAFAS C., PLATI C., et al. “Evaluación de las técnicas de aislamiento y contención por parte de los equipos de enfermería a en los hospitales psiquiátricos griegos”. *The European journal of psychiatry* (edición en español). *Eur. J. Psychiat.* (Ed). 16: 87–98, 2002.

## EL DERECHO A LA INTIMIDAD: MÁS QUE RESPETO

Marc Illa

### Resumen

---

El objetivo que persigue este escrito consiste en entender cómo se trata la intimidad en las ciencias de la salud y, concretamente, en la especialidad de psiquiatría.<sup>1</sup> Se partirá del hecho de que, para poder acceder a la intimidad del otro se requiere de la existencia de un vínculo que genere una confianza y que esta será la que permitirá conocer el mundo sensible del otro. Se intentará entender los motivos por los cuales, en la jurisdicción actual y en los códigos deontológicos, se asocia intimidad a “secreto profesional” y/o a “confidencialidad” y no, por ejemplo, a “cuidado” o “atención”. Para entender —genealógicamente— esta asociación entre intimidad y secreto profesional —y la consiguiente creación de la “confidencialidad”— se tratarán los siguientes puntos: (I) el concepto de vínculo; (II) la relación entre psiquiatra y paciente; (III) la confidencialidad como sucedáneo del vínculo; (IV) las flaquezas o pérdidas de esta confidencialidad y (V) una propuesta para salvar las debilidades de esta confidencialidad.

**Palabras clave:** intimidad, confidencialidad, respeto, vínculo, extraños morales

---

### 1. El acceso a la intimidad

Antes de hablar del acceso a la intimidad, tendría que hablarse del concepto en sí mismo. Del latín *intimus* (*inti*, interioridad; *mus*, superlatividad), este hace referencia a “eso que está más a dentro”. Ya de por sí, el hablar de una cosa que tiene un *adentro* implica connotaciones de “impermeabilidad” y de “difícil acceso”. De todos modos, si eso que está *adentro* lo está en un sentido “radical” y “superlativo”, su acceso y/o exteriorización<sup>2</sup> pueden volverse aún más difíciles. Si algo caracteriza este mundo interior, precisamente, es que es interior y no exterior. A parte, esta interioridad está caracterizada por un movimiento: el de auto-ocultación o el de esconderse a sí misma. De todos modos, esta interioridad, a la vez que condiciona su acceso, lo posibilita —las condiciones siempre son restrictivas y permisivas: sólo se puede acceder a eso que tiene un “dentro”.

---

<sup>1</sup> El contenido de este escrito también podría aplicarse al ámbito de la psicología.

<sup>2</sup> Acceso des del punto de vista del «otro» y exteriorización des del punto de vista del «yo».

Parece, pues, que los conceptos de “intimidad” y de “acceso” están estrechamente ligados. A nivel cotidiano —trazando una fenomenología del vínculo—, ¿cómo se accede a la intimidad del otro? Principalmente mediante la reiteración en la conjunción de dos elementos: 1) en primer lugar, de un pacto tácito de no agresión y 2) de un compromiso de cuidado o de ayuda mutua. Una nota característica de la condición humana es su vulnerabilidad<sup>3</sup> y fragilidad, no sólo en un sentido circunstancial —una catástrofe nuclear convierte a una población en vulnerable— sino en un sentido esencial: el hombre es susceptible, capaz (*abilis*) de ser herido (*vulnus*). Todos estamos sometidos a la finitud, muerte, engaño, desamor, como nos recuerda el mítico parlamento de Hamlet<sup>4</sup>. No hace falta haber sido víctima de un “mal moral” —originador de un trauma, de una herida— para ser vulnerable: basta con existir. Entendiendo el correlato entre existencia y “capacidad de ser herido” se llega a la conclusión de que la vulnerabilidad y el sufrimiento deben entenderse de manera incondicionada y *a priori*<sup>5</sup>.

Precisamente la intimidad es aquella dimensión humana que más puede herirse y, por este motivo, tiende a ser protegida mediante la compostura, la vergüenza y la elegancia: como se decía, la intimidad se caracteriza por un movimiento de auto-ocultación. Teniendo en cuenta la “sensibilidad” y “delicadez” de esta vertiente, una condición necesaria —pero no suficiente— para poder acceder a la intimidad del otro será que este confíe en que no se le realizará ningún daño ni perjuicio. Por otro lado es también preciso que se dé un cuidado mutuo entre los dos sujetos. “Cuidado” entendido como atención —en inglés *attend*, que significa asistir o acudir, se entiende, a la solicitud del otro. En este sentido, las aportaciones de la ética del cuidado (*Ethics of care*) de Carol Gilligan<sup>6</sup> y Nel

<sup>3</sup> MACINTYRE, A. *Animales racionales y dependientes*. Barcelona: Paidós Ibérica, 1995.

<sup>4</sup> SHAKESPEARE, W. *Hamlet*. Barcelona: Quaderns Crema, 2008. p. 133-134

<sup>5</sup> Para ampliar información con relación a la distinción entre «mal moral» y «sufrimiento», Cfr. RICOEUR, P., *El mal: un desafío a la filosofía y a la teología*. Buenos Aires: Amorrortu, 2006.

<sup>6</sup> GILLIGAN, C., *La ética del cuidado, nº 30*, Barcelona: Cuadernos de la Fundación Víctor Grícols i Lucas, 2013. pp. 10-68.

Noddings<sup>7</sup> resultan muy pertinentes para sustentar este trato con la intimidad del otro.

Llegados a este punto, puede resumirse que, para poder darse un vínculo entre dos personas —condición de posibilidad para acceder a la intimidad de otro—, será preciso que exista un pacto tácito de no agresión y un compromiso de cuidado, que generaran esa con-fianza (*fidere*, fe, lealtad) con respecto al otro. Para que este vínculo sea sólido, estos elementos tendrán que reiterarse hasta llegar al respeto —del latín *respectum*, *re* (reiteración) y *spectrum* (*sepecere*, mirar)— que consiste en mirar con profundidad al otro, en no conformarse con la primera impresión, es decir, en tener miramiento —entendido cómo “mirada atenta”<sup>8</sup>. Se tiene que añadir, en último término, que este cuidado y ausencia de agresión que generarán un *fidere* tienen que darse mutuamente y horizontalmente. Esta mutualidad y horizontalidad, como propuso Marcel Mauss<sup>9</sup>, son necesarias en los actos recíprocos, y el acceso a la intimidad, si es auténtico<sup>10</sup>, siempre será recíproco.

## 2. La relación psiquiatra-paciente

Como se ha visto, puede accederse a la intimidad del otro mediante el surgimiento del vínculo —los vínculos no se pueden crear, emergen de manera natural, espontánea—, que genera una confianza respecto a la otra persona. Al mismo tiempo, también es necesaria fe en que la otra persona no va a dañar y que cuidará la intimidad de quien la des-oculta. Hay distintas modalidades de relaciones íntimas: amorosas, amistosas, familiares, etc. Siguiendo la propuesta elaborada por Hugo Tristram Engelhardt, la relación entre profesional sanitario —en este caso de la especialidad de psiquiatría— y usuario es una relación entre “extraños morales”<sup>11</sup>. Profesional de la salud y usuario son extraños, precisamente, porque no tienen ningún tipo de vínculo que los una, dejando de lado el objetivo común que ambos

<sup>7</sup> NODDINGS, N., *La educación moral*. Madrid: Amorrortu Editores, 2009.

<sup>8</sup> Cfr., ESQUIROL, J. M., *El respeto o la mirada atenta*. Barcelona: Gedisa, 2006.

<sup>9</sup> MAUSS, M., *Ensayo sobre el don: formas y función del intercambio en las sociedades arcaicas*. Madrid: Katz Editores, 2010.

<sup>10</sup> Es decir, no fruto de la coacción o intimidación, que consiste en meter miedo en el interior de otro para generar un efecto o resultado: *intimidare*, *in* (hacia dentro) *timere* (miedo, espanto) *dare* (dar).

<sup>11</sup> ENGELHARD H. T. *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona: Paidós Ibérica, 1995.

persiguen que da lugar a una “camaradería”, como señala Hans-Georg Gadamer en *El estado oculto de la salud*<sup>12</sup>: en última instancia, el médico, con la ayuda del paciente, ejerce su “arte” para volver la salud que enfermo ha perdido —el *infirmus*, que ha perdido “firmeza”. Lo relevante de esta “extrañez” de la que habla Engelhardt, de todos modos, es que va acompañada de la partícula “morales”: lo son des de el momento que no tienen necesariamente que compartir valores, creencias, principios, inquietudes, costumbres (*mos, moris*) o cuestiones de máximos.

Pese a la no existencia de vínculo previo entre el profesional de la salud y el paciente, aquél tiene que acceder a la intimidad de este para poder elaborar un informe diagnóstico y poder desempeñar correctamente su profesión. De todos modos, se había dicho que lo que posibilitaba el acceso a la intimidad de otra persona es el vínculo, que genera una fe o confianza de máximos entre dos sujetos. En el momento en que las ciencias de la salud y el ordenamiento jurídico son conscientes de esta discordancia entre contenido de la relación —íntimo— y la no existencia de vínculo, deciden posicionarse al respecto.

### 3. La creación de la confidencialidad

Intentando salvar esa discordancia, y sabiendo que el vínculo no puede crearse —emerge espontáneamente— las ciencias de la salud mediante códigos deontológicos, y la jurisdicción mediante la producción legislativa, deciden crear —artificialmente— algo que sustituya ese vínculo o confianza naturales; así es como surge el concepto de “confidencialidad” y su respectivos derecho y deber consiguientes. Esta aparece para emplazar la confianza que deriva del vínculo: así es como, lo que antes era una cuestión de máximos, ahora se convierte en una cuestión de mínimos. En las relaciones íntimas la confianza se da *a posteriori* —después de una *re*-iteración en la *re*-lación—; en cambio, en la relación entre profesional de la salud y enfermo este sucedáneo de la confianza se da *a priori*: en el momento de entrar en una consulta, toda persona, antes de conocer a su interlocutor, sabe que eso que va a exteriorizar no se agraviará ni herirá.

---

<sup>12</sup> GADAMER, HANS-GEORG. *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa, 2001.



Así es como la intimidad empieza a tratarse mediante la confidencialidad. Si se atiende al art. 7<sup>13</sup> (El derecho a la intimidad) de la 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, puede verse el modo en que se trata la intimidad: (a) se habla de la intimidad como un conjunto de datos —por lo tanto, que pueden desintegrarse, *i.e.*, tratarse de forma aislada— referentes a la salud y (b) la actitud que se equipara a ella es la de confidencialidad. Si se presta atención a la deontología médica, más concretamente al Capítulo V<sup>14</sup> del Código de Deontología Médica, elaborado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, se ve que la intimidad es tratada del siguiente modo: (a) mediante el concepto de “secreto” —el “secreto médico”— y (b) mediante el concepto de obligación de confidencialidad

*¿Qué aspectos se pueden resaltar de esta creación de la confidencialidad como actitud para tratar la intimidad?*

En primer lugar (a), que esta se entiende como un conjunto de datos. Entender la intimidad como un conjunto de datos personales —ya sean concernientes a la salud de la persona o no—, implica que estos pueden desintegrarse o desarraigarse del mismo sujeto; no tenemos que olvidar que la intimidad es algo que no puede cuantificarse, que esencialmente se caracteriza más por una calidad que por una cantidad. Hablar de datos implica la posibilidad de fragmentar la intimidad del sujeto, dejando de entenderla como algo único, integrado e irrepetible. Y, en segundo lugar (b) que las actitudes que se derivan de esta confidencialidad son la de secreto y respeto. En último término (c), que esta

---

<sup>13</sup> Art. 7: “1. Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.

2. Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes”.

<sup>14</sup> CAPÍTULO V: “El secreto comporta para el médico la obligación de mantener la reserva y la confidencialidad de todo aquello que el paciente le haya revelado y confiado, lo que haya visto y deducido como consecuencia de su trabajo y tenga relación con la salud y la intimidad del paciente, incluyendo el contenido de la historia clínica”.

manera de tratar la intimidad es una obligación —como toda cuestión de mínimos— fría que aleja y acentúa la distancia entre profesional de la salud y paciente.

De las implicaciones destacadas en el anterior párrafo, la más sugerente y digna de mención es la segunda (b). En ella se ha dicho que la intimidad pasa a tratarse, como consecuencia de la creación de la confidencialidad, a través del secreto profesional y del respeto. Si se presta atención al significado de secreto (*secretum*) se ve que este quiere decir “poner a parte”; es decir, se concibe al secreto profesional como el alejarse de la intimidad del paciente —ponerla a parte— y no relacionarse con ella; al mismo tiempo, si se atiende al respeto, se ve que tiende a asociarse con la no-interferencia. Recordando el principialismo de Beauchamp y Childress<sup>15</sup>, puede concluirse que estas dos actitudes ligadas al tratamiento de la intimidad pueden considerarse una especificación o derivación del principio de no-maleficencia, caracterizado por la abstención y una posible desvinculación: en primer lugar, no hacer el daño (*primum non nocere*).

#### 4. La traición del re-speto

Retornando al inicio del escrito, se puede ver que las dos condiciones propuestas para poder hablar de vínculo y confianza, por lo tanto, para poder hablar de “acceso a la intimidad” eran (a) un pacto tácito de no agresión y (b) un cuidado mutuo. Creando esta confidencialidad y viendo que se caracteriza a partir del secreto profesional —callar, mantenerse al margen, desvincularse— y del respeto —no interferir— se ve que, efectivamente, el pacto tácito de no agresión está cubierto. Pero, ¿dónde queda ese cuidado mutuo? La intimidad, como ejemplificación de la vulnerabilidad humana, no sólo tiene que caracterizarse por una abstención y una desvinculación —principio de no maleficencia—, sino que también tiene que cuidarse, promoverse y atenderse —principio de beneficencia. Es preciso señalar la aporía que surge al tratar la intimidad mediante el principio de no-maleficencia: anteriormente se había dicho que ésta requería del vínculo como

---

<sup>15</sup> BEAUCHAMP, TOM L. I CHILDRESS, JAMES F. *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona: Masson, 1998.

condición necesaria para su acceso; de todos modos, al tratarse mediante las actitudes derivadas del principio citado —la más sugerente, la des-vinculación— lo que se promueve es justamente lo contrario para tratar correctamente la intimidad del otro: la no-maleficencia, en vez de poner el acento el vínculo, lo pone en el acto de des-vincularse.

La confidencialidad va ligada al respeto, se ha dicho. Y este se entiende como no interferencia. Pero, el respeto, en su sentido originario y etimológico, no se equipara —como mínimo— a la no interferencia. *Re-spectrum* quiere decir no conformarse con la primera mirada, profundizar en la persona que se tiene delante para tener una visión integrada y articulada de su mundo interior, tener miramiento con ella —re-iterarse en la mirada, ser agente de introspección. En este sentido, tiene que decirse que la creación de la confidencialidad implica una “traición” del sentido —teórico— de la palabra “respeto” a la vez que una mala adecuación a la práctica.

## 5. Propuesta y conclusión

Tzvetan Todorov, en *Los abusos de la memoria*<sup>16</sup> habla de los peligros de desvincular el pasado del presente, es decir, de obviar y no hacer uso de la memoria. Tomando en referencia la tesis expuesta en el libro citado, la propuesta engloba una vertiente teórica y su consiguiente repercusión práctica. Este planteamiento se caracteriza por no olvidar o recordar el sentido originario del “respeto”, entendido como miramiento o mirada atenta. Debe recordarse que el sentido fundamental del concepto no se reduce, exclusivamente, a la no interferencia y a la no maleficencia. Evidentemente, puede haber situaciones en las que el paciente exteriorice su mundo interior y que, en esa situación, solicite la abstención, el decoro, la discreción o la pasividad del profesional sanitario. De todos modos, el profesional debe captar el sentido de la solicitud del paciente; ver si está solicitando un “pacto tácito de no agresión” o un cuidado fundamentado en la ayuda y la atención: en última instancia, tiene que recordarse que hablar de intimidad es hablar tanto de no agresión como de

---

<sup>16</sup> TODOROV, T. *Los abusos de la memoria*. Barcelona: Paidós Ibérica, 2013.

cuidado. Teniendo en cuenta que el estado de salud no se reduce a términos biológicos, sino que también acoge aspectos psicológicos y sociales, debe entenderse que, al entrar en la consulta, más que una introspección o auscultación biológica, la persona enferma puede estar pidiendo una introspección y auscultación íntima: durante la anamnesis íntima —recolección o reminiscencia del mundo interior—, el paciente está elaborando una narración de su vida que requiere de las disposiciones, actitudes i movimientos típicos de la atención y del cuidado. En este sentido, apuntes sobre la bioética narrativa también pueden ayudar a entender mejor la relación entre la intimidad y su trato.<sup>17</sup>

Sólo puede terminarse este escrito recordando la polisemia del concepto de respeto, y la consiguiente necesidad de que el profesional de la salud —y, sobre todo, el psiquiatra— capte en toda su amplitud qué espera el paciente al exteriorizar su intimidad. Recordar el sentido etimológico de la palabra y su polisemia ayudará a entender, y así, a atender, de un modo más adecuado a la necesidad íntima del paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

- BEAUCHAMP, T.L Y CHILDRESS, J .F. *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona: Masson, 1998.
- DOMINGO, T. Y FEITO, L. *Bioética narrativa*. Madrid: Escolar y Mayo Editores, 2013.
- ENGELHARDT, H.T. *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona: Paidós Ibérica, 1995.
- ESQUIROL, J.M. *EL respeto o la mirada atenta*. Barcelona: Gedisa, 2006.
- GADAMER, H-G. *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa, 2001.
- GILLIGAN, C. “La ética del cuidado”, n° 30. Barcelona: *Cuadernos de la Fundación Victor Grícols i Lucas*, 2013.
- MACINTYRE, A. *Animales racionales y dependientes*. Barcelona: Paidós Ibérica, 1995.

---

<sup>17</sup> DOMINGO MORATALLA, TOMÁS I FEITO GRANDE, LYDIA. *Bioética narrativa*, Madrid: Escolar y Mayo Editores, 2013.

- MAUSS, M. *Ensayo sobre el don: formas y función del intercambio en las sociedades arcaicas*. Madrid: Katz Editores, 2010.
- NODDINGS, N. *La educación moral*. Madrid: Amorrortu Editores, 2009.
- RICOEUR, P. *El mal: un desafío a la filosofía y a la teología*. Buenos Aires: Amorrortu, 2006
- SHAKESPEARE, W. *Hamlet*. Barcelona: Quaderns Crema, 2008.
- TORODOV, T. *Los abusos de la memoria*. Barcelona: Paidós Ibérica, 2013.

## ASPECTOS ÉTICOS DE LA ACTIVIDAD PREDICTIVA Y PREVENTIVA EN PSIQUIATRÍA

José Manuel López  
Patricia Álvaro  
Ferran Molins

*«[...] La enfermedad, en todo lo que ha tenido de confortable y de imprevisible, desaparecerá, dando lugar a la responsabilidad que cada uno acarreará por el peso de su sufrimiento. Y como "más vale prevenir que curar", nuestras enfermedades potenciales se alinearán en un siniestro cortejo de precauciones a tomar en el camino de la existencia.*

*Habrá de un lado la comunidad de "sanos" y del otro la de los "enfermos"[...]. La vida de los sanos estará constelada por los plazos de un ineludible calendario de prevención, pero los sanos serán los sumisos, los pacientes eternos que llevarán una vida de enfermos para no serlo. Los enfermos, por su parte, serán "los que lo habrán querido". Pues, una vez, dados todos los consejos, cada uno se encontrará frente a su deber, hacia los cónyuges, hacia sus amigos, hacia sus médicos. Y habrá que elegir un bando.*

*Adivinos sin misterios, los médicos tendrán el papel de una omnipotencia inquietante, pretenderán conocerlo todo y, sobre todo preverlo todo».*

*Tiqqun*

### Resumen

---

Este trabajo pretende ahondar en la importancia de los aspectos éticos derivados de la actividad preventiva de la psiquiatría, para poder reflexionar públicamente sobre ellos y actuar en consecuencia. La relación entre psiquiatría y genética ha dado lugar a prácticas eugenésicas cuando la concepción de lo "enfermo" ha variado en relación al marco social del momento. La explicación causal reduccionista de tipo biológico facilita la cosificación de la persona y la intervención invasiva y autoritaria. Pero, además, conduce a una comprensión del sí mismo característica. La propia experiencia y comportamientos se distancian y se hacen extraños al individuo en tanto requieren la mediación experta para su integración comprensiva. Se crean nuevas subjetividades. Se generan ciertas "formas de vida", se configuran nuevas formas de conocimiento, autoridad, tecnología y subjetividad. Nuestro ejercicio profesional, ineludiblemente enmarcado en unas condiciones socio-

históricas concretas, debe ser consciente de las implicaciones y consecuencias ético-políticas que conlleva definir a sujetos de riesgo, identificarlos, analizarlos, tipificarlos, seguirlos y, llegados el caso, tratarlos o “mejorarlos”.

**Palabras clave:** prevención, enfermedad mental, ética, subjetividad

---

## 1. Introducción

Históricamente, la medicina, además de diagnosticar y tratar enfermedades tiene la misión de intentar predecirlas y prevenirlas en la medida de lo posible. Este texto se centrará en la prevención de los trastornos mentales y reflexionará sobre algunas consecuencias éticas de la misma.

La medicina ha hecho del “más vale prevenir que curar” una prioridad que ha ido tomando forma y materializándose a golpe de planes políticos de salud. Los niveles de prevención son varios, pero el artículo se referirá especialmente al nivel de la prevención primaria que incluye a su vez tanto la promoción y protección de la salud como la educación para la salud. El objeto de interés serán esas actuaciones que tratan de intervenir sobre los factores de riesgo para que no se llegue a desarrollar una enfermedad o trastorno determinado.

Varios conceptos hacen referencia a esta actividad de la medicina. Riesgo, susceptibilidad, vulnerabilidad, predisposición, constitución... pertenecen a la misma familia de conceptos, pero cada uno de ellos con matices y connotaciones distintas, además de orígenes históricos diferentes. Haremos algunas acotaciones sobre ellos, sin entrar en demasiados detalles que nos alejen del núcleo del tema que tratamos.

Partimos del hecho que un individuo sano tiene, durante su vida, la posibilidad de devenir enfermo. Ese tránsito del estado de salud al de enfermedad está mediado por múltiples factores. Desde factores genéticos, psicológicos o relacionales, hasta otros más macro como los económicos, sociales o ambientales. Estos factores son considerados factores de riesgo que tienen un peso distinto para un eventual paso a cada una de las enfermedades determinadas y tipificadas. Ese concepto de riesgo se fundamenta sobre un razonamiento probabilístico. Se basa en

la probabilidad observada en estudios controlados realizados para tal caso. Por tanto, el riesgo es una medida matemática que se centra en la relación entre un estado (pre-enfermedad) y otro (enfermedad) con el objetivo de un conocimiento posterior más profundo de esta relación que permita su predicción y prevención. G. Berrios se ha referido al riesgo de padecer trastornos mentales en su libro sobre epistemología de la psiquiatría, y en él recuerda que las estimaciones en este campo son poco significativas. Realizar una verdadera prevención con las acciones adecuadas en base a las estimaciones del riesgo, no sólo requeriría racionalidad, sino que se requiere la integración emocional del riesgo. Esto se posibilitaría a partir de las probabilidades subjetivas y de las representaciones sociales como herramientas. Por tanto, no es una cuestión tan sencilla como algunos pretenden.

También tenemos el concepto de susceptibilidad. Este concepto aparece con la medicina genómica moderna. N. Rose reflexiona sobre él y afirma que se remonta a la noción de predisposición y la medicina del siglo XIX, que entendía la constitución heredada como una matriz base sobre la que operarían determinados factores (a prevenir o promover), posibilitando así la aparición o no de la enfermedad. Aquí conviene señalar que la noción de constitución remite a la materia biológica de que estamos compuestos los seres humanos, a nuestra biología y al carácter heredable de esta. Rose ya advierte de los peligros de la formación de grupos de riesgo puesto que conllevan problemas técnicos aparejados que conviene tener en cuenta (validez y adecuación de los factores usados para calcular los perfiles de riesgo de un determinado grupo, el grado de generalización posible teniendo en cuenta las diferenciales culturales y nacionales, o los efectos de los cambios ocurridos desde el momento cuando se construyeron las escalas). Además de estos problemas existe el problema de los falsos positivos y los falsos negativos, y las consecuencias que esto comporta, inherente al proyecto de aplicar el razonamiento probabilístico.

Si nos acercamos por el campo de la antropología topamos con un concepto más abarcador en tanto trata del ser humano en términos amplios y no sólo en su vertiente de organismo biológico. En su trabajo sobre vulnerabilidad y enfermedad



mental, I. Boné nos recuerda que se trata de un concepto que nos remite a la fragilidad y la finitud que todos los seres humanos tenemos y que nos conmina a una ética del cuidado puesto que se puede considerar una condición ontológica del ser con los otros y para otros. Así, Boné va desglosando aspectos del concepto vulnerabilidad y termina distinguiendo dos perspectivas. La primera, un uso metodológico del término como fondo o concepto-puerta que permite el trabajo intelectual al psicopatólogo. Y la segunda, la que toma la vulnerabilidad en sí misma como un modo de la subjetividad del otro. Desde aquí se plantean modos más o menos específicos de vulnerabilidad tomando la subjetividad como horizonte o como estructura, y se retoma la idea de límite y la experiencia de éste. Para hacerse cargo de lo que esto puede comportar en la psiquiatría vale la pena revisar el trabajo del psiquiatra T. Fuchs sobre la idea de límite y sus posibles repercusiones psicopatológicas. Pero, puesto que hablamos de riesgo de contraer o desarrollar una enfermedad, habremos de definir que es “enfermedad”.

## **2. Entre lo sano y lo enfermo, lo posible**

A pesar del uso pragmático que le damos a los conceptos de salud y enfermedad, lo cierto es que han estado en discusión continuamente. Se considera que la enfermedad está definida, no sólo por su referente natural (descubierto o hipotético aún no descubierto), sino también por su relación con el contexto en que se sitúa. A. Sims se ampara en el trabajo del ya difunto psicólogo Peter Sedwick para afirmar que “la enfermedad es una invención humana”. Lo que trata de poner en jaque esta profunda afirmación es la perspectiva estrictamente naturalista de la concepción de enfermedad, haciendo hincapié en la carga moral del término y en su relación con el mundo que habita. Lo que el especialista conceptualiza como síntomas depende también del rol que toma el enfermo, de lo que él mismo considera sobre lo que le ocurre, de la relación que establece con lo que le pasa, del impedimento que le supone en su cotidianidad personal, de la carga moral asociada al síntoma y al posible diagnóstico y del horizonte cultural del momento histórico en que se da el hecho, entre otros factores.

G. Canguilhem, médico y filósofo que dedicó buena parte de sus esfuerzos intelectuales a la reflexión de lo considerable normal o patológico en las ciencias de la vida, se inclinó por una definición sustentada sobre la normatividad de la vida. La salud no es normalidad, sino normatividad. Una normatividad propia de la vida, y distinta de la normatividad social conformada por diferentes fuerzas histórico-sociales. La salud, por tanto, no se define tanto por una realidad estadística, sino por el cumplimiento de unas normas de funcionamiento de la vida. La enfermedad tiene también su propia normatividad vital, sus propias normas y orden biológicos. Sin embargo, lo que convierte ese orden en anormal o patológico es la alteración de la norma social porque “irrita a los hombres en el desenvolvimiento normal de sus vidas y trabajo y, por sobre todo, les hace sufrir”. Para que la medicina pueda ejercer su papel, que es el de tratar y restaurar lo normal, y erigirse como autoridad e institución social respetada, se hace preciso tomar la biología como asidero y convertir la norma en lo normal. Se naturalizaría así la norma y, como efecto colateral, se patologizaría lo antinormativo. Es a lo que se refiere Rose cuando afirma que la medicina en general, y la visión molecular de la psiquiatría en particular, habrían ido incorporando lo social a lo vital.

La psiquiatría no ha sido precisamente una excepción en el cuestionamiento de lo que es enfermo y lo que no. De hecho, genera aún más reflexiones, debates y controversias que otras especialidades médicas por las características del objeto al que se dirige. Por ser un objeto híbrido, natural y social, orgánico y relacional, los síntomas mentales se configuran de forma compleja. Un artículo ya clásico de Kendell lidiaba con la cuestión en 1975 y mostraba las limitaciones de definir la enfermedad de forma estadística, de forma fisiopatológica por la lesión o como desventaja biológica en el sentido de duración y reproducción de la propia vida. Actualmente, la psiquiatría hegemónica, biologicista reduccionista, viene a entender las enfermedades mentales como enfermedades cerebrales con alteraciones lesivas por descubrir, y los síntomas mentales como meros epifenómenos. La historia de la psiquiatría nos muestra una cantidad ingente de investigación orientada a la búsqueda de las causas biológicas de las construcciones teóricas cristalizadas como

enfermedades mentales. No obstante, las causas de los trastornos mentales se escurren entre los dedos de los investigadores. Desde la psiquiatría crítica se responsabiliza de ello a las características ontológicas de los síntomas mentales, a las posiciones epistemológicas de las investigaciones y a los intereses ideológicos, políticos y económicos en juego. Y es que, como afirma Berrios, los trastornos mentales son construcciones históricas sobre comportamientos anormales socialmente prescritos que en buena medida han sufrido un proceso histórico de naturalización y han ocultado su naturaleza conflictiva y sus componentes contextuales políticos, económicos y sociales, tras su estructura material biológica. Por esta misma razón, la predicción y la prevención de los trastornos mentales se torna una cuestión ética escurridiza y compleja, más incluso que en otras especialidades médicas en que conocemos la fisiopatología de la enfermedad.

Ya que el artículo trata de la prevención de la enfermedad/trastorno, nos interesa el paso de un estado al otro, qué factores influyen en ello y cómo se identifican las personas que van a enfermar antes de hacerlo o que están en sus estadios más precoces. Se trata de un tema delicado. El hecho de que exista una anomalía molecular sin alteración del funcionamiento normal de la vida, pero conozcamos que predispone y comporta una susceptibilidad a tener un cáncer de colon o una esquizofrenia con una probabilidad X, nos pone en la tesitura de tener que redefinir lo que es o no sano y enfermo. La noción de susceptibilidad que emplea Rose se coloca como tercer término entre lo normal y lo patológico, porque ¿se está enfermo si el defecto acecha en silencio? En este caso, la persona que se encuentra existencialmente bien, se torna en “prepaciente”. Y como prepaciente se puede considerar que puede ejecutar conductas que terminen por desencadenar o prevenir la enfermedad silenciosa. La persona se sitúa así ante ella misma. Cada comportamiento posee un aspecto moral enmarcado por la cultura en que habita la persona que lo realiza. La alimentación, la sexualidad, el régimen de trabajo, el tipo de ocio, el ejercicio, las drogas, las horas de sueño, etc., han sido el blanco de la prevención de la enfermedad en tanto que son hábitos de los seres humanos. Se puede decir que con '*malos*' hábitos la pre-enfermedad se manifestará. También se

puede decir que, cuando la moral queda ocultada bajo el manto de lo científico, de la mirada objetivadora en tercera persona, los malos hábitos se tornan en factores de riesgo. Unos factores de riesgo que, por lo complejo del asunto, pasan a abarcar todos los ámbitos posibles en los que se manifiesta la vida. Sirvan de ejemplo las siguientes figuras que muestran los factores compendiados por la OMS en relación a la prevención de trastornos mentales.

<b>Cuadro 4: Determinantes sociales, ambientales y económicos de salud mental</b>	
<i>Factores de riesgo</i>	<i>Factores de Protección</i>
Acceso a drogas y alcohol	Fortalecimiento
Desplazamiento	Integración de minorías étnicas
Aislamiento y enajenamiento	Interacciones interpersonales positivas
Falta de educación, transporte, vivienda	Participación social
Desorganización de la vecindad	Responsabilidad social y tolerancia
Rechazo de compañeros	Servicios sociales
Circunstancias sociales deficientes	Apoyo social y redes comunitarias
Nutrición deficiente	
Pobreza	
Injusticia racial y discriminación	
Desventaja social	
Migración a áreas urbanas	
Violencia y delincuencia	
Guerra	
Estrés laboral	
Desempleo	

*Ilustración 1: Prevención de los Trastornos Mentales. Informe compendiado de la OMS, 2005.*

**Cuadro 5: Factores de riesgo y de protección para trastornos mentales**

<i>Factores de riesgo</i>	<i>Factores de protección</i>
Fracaso académico y desmoralización estudiantil	Capacidad para afrontar el estrés
Déficits de atención	Capacidad para enfrentar la adversidad
Cuidar a pacientes crónicamente enfermos o dementes	Adaptabilidad
Abuso y abandono de menores	Autonomía
Insomnio crónico	Estimulación cognitiva temprana
Dolor crónico	Ejercicio
Comunicación anormal	Sentimientos de seguridad
Embarazos tempranos	Sentimientos de dominio y control
Abuso a ancianos	Buena crianza
Inmadurez y descontrol emocional	Alfabetización
Uso excesivo de sustancias	Apego positivo y lazos afectivos tempranos
Exposición a la agresión, violencia y trauma	Interacción positiva entre padres e hijos
Conflicto familiar o desorganización familiar	Habilidades de resolución de problemas
Soledad	Conducta prosocial
Bajo peso al nacer	Autoestima
Clase social baja	Destrezas vitales
Enfermedad médica	Destrezas sociales y de manejo de conflictos
Desbalance neuroquímico	Crecimiento socioemocional
Enfermedad mental de los padres	Manejo del estrés
Abuso de sustancias por parte de los padres	Apoyo social de la familia y amigos
Complicaciones perinatales	
Pérdida personal — duelo	
Habilidades y hábitos de trabajo deficientes	
Discapacidades de lectura	
Discapacidades sensoriales e impedimentos orgánicos	
Incompetencia social	
Eventos de mucha tensión	
Consumo de sustancias durante el embarazo	

*Ilustración 2: Prevención de los Trastornos Mentales. Informe compendiado de la OMS, 2005.*

Si cada aspecto de la existencia se torna en factor a controlar con objeto de predecir y prevenir la enfermedad/trastorno, podemos plantearnos algunos interrogantes éticos: ¿es bueno intervenir sobre lo que es sólo una posibilidad en la vida? ¿Es posible conocer los factores que median el paso de lo posible a lo real? ¿Qué criterios deben regir para actuar preventivamente? ¿Deberíamos conocer bien sus bases fisiopatológicas para actuar? ¿Qué riesgos existen al intervenir? Porque debemos tener claro que cualquier intervención que hacemos siempre modifica el curso de lo diagnosticado y tiene unas implicaciones, puesto que no intervenimos en cosas sino en personas que se narran y se posicionan ante su experiencia.

### 3. Cuestiones éticas

Para abordar estas cuestiones nos acercaremos a Foucault, que nos insta a pensar sobre la forma en que se constituye el sujeto ético. Para el Foucault de *Historia de la sexualidad*, la ética se ocupa de la relación con uno mismo y le atribuye cuatro aspectos: la sustancia ética (o parte de uno mismo que se relaciona con la moral); los modos de subjetivación-sujeción (o forma en que se incita a los individuos a ser morales); la ascesis o prácticas de sí (los medios por los que nos transformamos en sujetos morales) y la teleología moral (lo que queremos llegar a ser mediante la moral). El estudio de lo que denominará "tecnologías del yo" y que definirá como técnicas que "permiten a los individuos efectuar, solos o con ayuda de otros, cierto número de operaciones sobre su cuerpo y su alma, sus pensamientos, sus conductas, su manera de ser, es decir, transformarse con el fin de alcanzar cierto estado de felicidad, de pureza, de sabiduría, de perfección o de inmortalidad", revelará un vuelco en los principios morales de Occidente con la inversión en la jerarquía de los dos principios de la Antigüedad: el "preocúpate de ti mismo" y el "conócete a ti mismo".

El mundo moderno se fundamenta más sobre el conocimiento de sí. Y ese conocimiento va tomando cada vez más la forma de lo meramente biológico. A través del conocimiento derivado de la investigación orientada a la búsqueda de una causalidad determinista (sobre todo la biológica, pero también la psicológica o social), se va tejiendo un discurso médico-psicológico que conmina a los individuos a situarse de forma distinta ante sí mismos, a llevar a cabo actividades distintas, por mor de unos objetivos distintos. Como no puede ser de otra manera, esto tiene implicaciones en la conformación de unos sujetos morales, unas subjetividades y unas formas de vida características. Algunas de esas características tienen que ver con la cosificación, la mediación experta, el extrañamiento y las características conformaciones de identidades. Las acciones con la finalidad de prevenir la enfermedad/trastorno que tomamos como clínicos son actuaciones influidas por una filosofía moral concreta. Como dice el propio Foucault, "el logos médico es de esos de los que dicta a cada instante el buen régimen de la vida".

#### 4. Consecuencias éticas del actual modelo de explicación de los trastornos mentales

La preocupación que surge ante la actividad preventiva de la psiquiatría tiene que ver con las consecuencias personales, sociales, legales y políticas que se derivan del diagnóstico de una enfermedad/trastorno mental. Debemos reconocer la poca validez de los diagnósticos en psiquiatría, la modificación histórica de las etiquetas diagnósticas, la gran variabilidad diagnóstica en función del modelo teórico empleado, las dificultades para consensuar un lenguaje psicopatológico capaz de hacerse de la experiencia alterada. En definitiva, las complejidades del objeto que nos ocupa.

Las actividades preventivas se van a fundamentar ineludiblemente en el discurso que ofrece el modelo hegemónico para la comprensión de los trastornos mentales y que en la actualidad es el biologicista reduccionista. Entenderlos desde esa posición puede suponer algunas implicaciones.

##### 4.1. *Cosificación y autoritarismo*

La explicación causal reduccionista de tipo biológico facilita la cosificación de la persona al poner las causas del trastorno en lo propio pero indisponible del sujeto. El paso a una intervención de tipo invasivo y autoritario se hace más corto. El reduccionismo biologicista facilita la intervención precoz directa no mediada por las decisiones reflexivas y en libertad del sujeto que las recibe. Se puede tomar al ser humano como una cosa hecha (y mejorable por una intervención externa) y no crecida (mejorable por la acción del propio sujeto más o menos conscientemente), truncándose así la diferencia entre eugenesia y educación. Además, se reduce la libertad del sujeto puesto que no se concede al destinatario la posibilidad de “revisarse” a sí mismo. No se puede responder a una intervención genética hecha años antes, pero sí se podría hacer con la educación recibida. Si la biología es el fundamento de lo todavía por venir habrá que buscar los predictores ahí y orientar las intervenciones preventivas sobre ese sustrato. Por ello no es casual que, desde la asunción de un panorama posthumanista, Sloterdijk haya desarrollado su

concepción de las antropotécnicas. Algo así como técnicas de aplicación sobre el ser humano que lo “amansarían” en un mundo en el que otro tipo de técnicas más “refinadas” como el lenguaje no tienen ya la menor influencia. El paradigma son la biotecnología o la genómica.

Para ejemplificar esta cuestión abordaremos la eugenesia. La RAE la define como “el estudio y aplicación de las leyes biológicas de la herencia orientados al perfeccionamiento de la especie humana”. Su actividad pasa por intervenciones manipuladas de la especie o métodos selectivos de humanos. Las intervenciones preventivas pueden ser eugenésicas. Un repaso por la historia de la psiquiatría nos muestra que, a través de la genética, se justificaron actuaciones eugenésicas con personas psiquiátricamente diagnosticadas que hoy nos alarman, pero en su tiempo y su contexto no lo hicieron de la misma forma. Esterilizar forzosamente, restringir matrimonios, separar la descendencia, restringir el acceso a los cuidados, encerrar y aislar, dejar morir, asesinar... fueron algunas prácticas que se llevaron a cabo con personas “marcadas” con el fin de mejorar la especie.

Si bien al hablar de eugenesia pensamos en el nacionalsocialismo, las medidas eugenésicas se practicaron en muchos lugares y se siguen practicando. Podríamos diferenciar *grosso modo* entre dos modelos históricos de intervenciones eugenésicas.

El primero, podemos llamarlo estatista. Se puede seguir aquí la línea trazada por el análisis genealógico del racismo que el Foucault de finales de los '70 expone señalando la relación existente entre eugenesia y medicina en una concepción biopolítica del poder. O, también, a través de la figura del *homo sacer* y la nuda vida delineada y desarrollada por Agamben, que relaciona la defensa del “cuerpo popular o comunitario” de la nación con la medicina y con la práctica más explícita y masiva de la eugenesia, la del régimen nazi. Considerar el cuerpo de la nación como patrimonio de la herencia genética del pueblo acabó comportando la extirpación de lo considerado enfermo y ajeno al pueblo alemán mediante su supresión primero social y luego física. Los médicos y psiquiatras de aquella época no fueron precisamente ajenos a estas prácticas. Los psiquiatras Alfred Hoche o Carl Schneider, por nombrar algunos ilustres, defendieron la eutanasia de enfermos



mentales en base a la noción de la “vida que no merece ser vivida”. Otro psiquiatra y genetista, Ernst Rüdin, que defendió el “diagnóstico genético empírico” de los trastornos mentales e investigó sobre la genética de la esquizofrenia, participó muy activamente en las instituciones alemanas en pro de la “higiene racial” antes y durante el Tercer Reich. Pero esta lista no se limita a una cuestión nacional exclusiva. Otros psiquiatras, financiados en ocasiones por la Fundación Rockefeller, dedicaron sus esfuerzos a la genética y las prácticas eugenésicas en los pacientes diagnosticados de algún trastorno mental, en particular en la esquizofrenia. Los considerados padres de la psiquiatría genética británica, E. Slater, y de la escandinava, E. Strömngren son dos ejemplos notables de ello.

El segundo modelo sería el que Habermas bautiza como “modelo eugenésico liberal”. Este filósofo levanta la voz frente a los peligros que puede comportar la progresiva desdiferenciación que se da entre la llamada eugenesia positiva (perfeccionadora) y la negativa (terapéutica). A diferencia del estatista, se trataría de un modelo que traspasaría las decisiones eugenésicas a la elección individual de los padres. Y lo haría con una finalidad económica de fondo y tratando a los actores como clientes.

#### *4.2. Extrañamiento y mediación experta*

La explicación biomédica de la enfermedad/trastorno mental se basa en una causalidad vacía de intención. Se entiende que los síntomas mentales emergen de unas circunstancias y sucesos de la naturaleza (en el cerebro) sobre los cuales el paciente no posee un control. Se contribuye de esta forma al extrañamiento del individuo con sus propios sentimientos, pensamientos, decisiones y acciones. Se puede vaciar así de sentido personal la experiencia y conformarse narrativas exclusivamente médicas de los acontecimientos vividos. Se requiere la mediación del discurso experto para una integración pseudocomprensiva. A partir de esta explicación, la experiencia, y en definitiva, la vida del sujeto, se ven mediatizadas por la actuación de terapeutas de lo mental que poseen la sabiduría y el dominio sobre los sucesos físicos causales en su cerebro.

#### 4.3. Conformación de nuevas subjetividades y formas de vida

Se genera una dependencia de los expertos y se van conformando nuevas subjetividades con modalidades de experiencia distintas fundamentadas sobre determinados discursos. Se generan ciertas formas de vida, ciertos modos de pensar acerca de la propia existencia y de ponerla en acto según ciertas reglas y premisas. Como la “personalidad genética” que delinea Rose. Un sujeto correctamente informado, reflexivo, que toma la vida como proyecto, nada pasivo, sino todo lo contrario, autónomo, prudente, responsable y autorrealizante. Una subjetividad que conociendo y asumiendo su riesgo genético se comprende, organiza, planifica y comparte su vida a partir de ese conocimiento.

Se conforman así identidades apoyadas en un cierto *logos* del que forma parte importante el discurso médico más biologicista. Dice Habermas: “La medicina, que hace tiempo es clave para el entendimiento filosófico y ético de nosotros mismos, ha ido mutando, y con ello, nuestra propia ontología. Nuevas formas de vida surgen, nuevas ideas de la clase de personas que somos y podríamos o deberíamos ser se han desarrollado”. Y es que se puede decir que lo bueno, desde el punto de vista médico, se ha generalizado a lo bueno en un sentido existencial, y se va organizando en torno al cumplimiento de las prescripciones médico-psicológicas. Lo malo será así su reverso, el incumplimiento de las prescripciones, de los consejos, de los tratamientos. El estigmatizado ya no lo será *solamente* por enfermo, sino por mal enfermo. Lo primero por su marca diagnóstica. Lo segundo su posición ética y política frente a su marca.

Para conocer mejor el estigma es obligado recurrir a E. Goffman, que lo definió como un atributo desacreditador en la interacción que se da en el marco de las relaciones sociales. Según observaba en las relaciones, las personas categorizamos en función de los atributos de apariencia y realizamos de forma asociada unas “expectativas normativas”. Con frecuencia, basándonos en un solo atributo, asociamos otras imperfecciones a este y podemos llegar a construir una ideología de esa marca-estigma. Este proceso social comporta que, en base a un único atributo aparente, se pueda estar ya limitando las posibilidades existenciales de vida de esa

persona. Es por ello, que el subtítulo del libro mencionaba “la identidad deteriorada”, porque esa experiencia repetida es la que termina por dañar la construcción de la identidad personal y social. Luego, se han distinguido distintos aspectos del estigma. Aspectos cognitivos relacionados con los estereotipos, aspectos afectivo-emocionales relativos a los prejuicios y aspectos conductuales traducidos en la discriminación. Pero sin duda uno de los más interesantes es el concepto de "autoestigma", que se refiere a la incorporación e interiorización de los estereotipos y prejuicios de tal forma que contribuye a la configuración de una identidad distinta. En definitiva, como la identidad personal se construye como dialéctica indefinida entre lo que uno dice, hace y quiere llegar a hacer en el seno de una comunidad con unos determinados valores y lo que esta le devuelve, reiniciándose de nuevo el proceso en un punto distinto, es fundamental entender que el diagnóstico psiquiátrico va mucho más allá de la consulta. Esto resulta clave porque esa etiqueta, en el momento que se formula, pertenece al dominio de la identidad de ese sujeto. Esa etiqueta condensa algunos atributos de esa persona más o menos aparentes para los otros. Y la posición que una persona adopte al respecto de su etiqueta modificará a su vez lo que es y lo que quiere y puede llegar a ser.

Por poner un ejemplo clarificador, si a una persona se le etiqueta como “sujeto con alto riesgo de psicosis” se le va a informar (y esa información la da alguien con un tono emocional y una posición concreta en el sistema social) que si consume cannabis o tiene demasiada tensión emocional es muy probable que desarrolle una psicosis. Esa persona deberá decidir qué hace en su día a día con esa información. Esa etiqueta es algo que le posicionará éticamente respecto de lo que decida hacer. Si se enfada con su madre y se pone muy tenso los sentimientos de culpa hacia sí mismo por no controlarse y poder enfermar, o los sentimientos de rabia hacia la madre por haberle “provocado”, pueden emerger y serán enjuiciados por el propio sujeto. Cada cosa que sienta, piense, decida, estará ya enmarcada en una posibilidad médicamente señalada. Pero, además, se trata de una posibilidad inscrita en el cuerpo, un defecto de fábrica por decirlo desde la posición reduccionista. Y por tanto sólo tratable por expertos. Lo único factible para esa

persona será el cuidarse (o no) de seguir las recomendaciones médicas. Y por otro lado vendrá la posición que tendrá en el sistema familiar, social y laboral con la nueva etiqueta que le inviste. ¿Qué valor se dará a su opinión? ¿En qué ocasiones se le dará valor y en qué otras no? ¿Qué responsabilidad se le dará o se le quitará según lo que haga? Estas y otras tantas cuestiones similares tienen que ver con lo que se conoce por estigma, del que se hablará un poco más abajo.

## 5. El manejo del riesgo como tecnología del yo

Foucault, en sus clases del Collège de France, ya se encargó de desgranar los entresijos del moderno poder disciplinario. Si bien el poder soberano se apoyaba en las leyes, en la vigilancia, en las instituciones cerradas, el poder moderno se fundamenta sobre los métodos, la comunicación, las disposiciones necesarias para, ocultando la autoridad y la ideología, ejercer el poder sin posibilidad de resistencia u oposición. Así se conforma lo que denominó “microtécnica del poder”. Un poder que impone más por lo discursivo y lo pragmático que por la fuerza y la ley. Desde esta perspectiva, se puede entender que las terapias psicológicas o las prescripciones médicas preventivas se consideren microtecnologías de subjetivación. Tecnologías del yo que, como afirma Rose, emplean técnicas discursivas que “enseñan nuevas formas de traducirse y traducir las propias acciones en pensamiento y lenguaje o nuevos modos de volverse y volver las propias acciones susceptibles de juicio”. Pero también se sirven de evaluaciones sustentadas sobre conceptos ya cargados de valores morales. O de la movilización de afectos como la vergüenza o la culpa que se produce en el marco de la consulta. En definitiva, una función pastoral, la de las ciencias *psi*, que contribuye a transformar las subjetividades “enfermas” o “trastornadas” y llevarlas por el camino saludable de la vida por medio de estos procedimientos.

El ejemplo que corresponde a un trabajo relativo a la prevención es el del empleo del término “riesgo”. Con este concepto nos estamos refiriendo al peligro, la inseguridad, la exposición al infortunio o la amenaza. Con lo dicho hasta ahora podemos observar que el uso del concepto de riesgo que se hace en las consultas,

especialmente en las de salud mental, funciona más como movilizador ético que como elemento informativo para la reflexión y decisión personal. Ya hemos dicho antes que la estimación del riesgo de trastorno mental es muy poco predecible y muy dependiente de factores contextuales. Sin embargo, el saber médico-psicológico promoverá determinados comportamientos, ineludiblemente moralizados, en el seno del juego de poder que se da entre profesional y paciente y que marca su relación. Se trataría, pues, de un dispositivo de subjetivación, una tecnología del yo que configura nuevas subjetividades buscando efectos determinados en el seno de la relación de poder establecida. Y que permite la promoción de acciones orientadas a un tipo de cuidado-de-sí, técnico, experto, extrañado, cosificador.

## 6. Conclusiones

La medicina se interesa por la predicción de la enfermedad y la actuación preventiva para evitar su aparición. Tanto la una como la otra se sustentan en probabilidades aún no materializadas. Para predecir con mayor probabilidad de acertar, y poder prevenir el desarrollo de la enfermedad o las secuelas de ésta cuando ya se ha instaurado, es fundamental conocer las bases fisiopatológicas de dicha enfermedad. En psiquiatría esto no sucede. El término enfermedad ha sido sustituido por el de trastorno puesto que no conocemos las bases fisiopatológicas de los síndromes descritos y clasificados de forma histórica. Para predecir un trastorno en psiquiatría nos fundamentaremos en relaciones observadas y teorías desarrolladas acerca de la relación entre los factores supuestos y los trastornos. Esos factores estudiados partirán de observaciones y teorías, y por tanto son más dependientes de factores externos, socioeconómicos y políticos. Así, la predicción para la prevención es más compleja y menos certera que en trastornos de los que se conocen sus causas. Además, en psiquiatría se produce con frecuencia la reificación de los trastornos mentales a pesar del desconocimiento de las causas. Si bien los trastornos psiquiátricos son construidos históricamente, la posición hegemónica ontológica materialista deslizada hacia un reduccionismo biológico de la persona da explicaciones posibles de los trastornos que se asumen en la práctica como reales.

Hechos sociales se convierten en hechos naturales. Las consecuencias éticas de este desplazamiento sobre la persona diagnosticada son el objeto de este trabajo.

Identificar individuos de riesgo implica tratarlos con medidas varias que se inician con el propio discurso que se ofrece. El modelo biologicista reduccionista imperante en la psiquiatría actual sostiene un discurso que promueve la cosificación de la persona, el extrañamiento de la propia experiencia de la persona y la necesidad de discursos expertos para llenar ese vacío de sentido. Se constituyen así nuevas subjetividades y nuevas formas de vida, así como nuevos perfiles ético-políticos estigmatizados por su enfrentamiento o incumplimiento con las prescripciones médico-psicológicas. Con las prescripciones preventivas en salud mental el problema es mucho mayor puesto que las complejidades del objeto de la psiquiatría son mucho mayores y los condicionantes ideológicos, económicos y políticos están muy presentes.

Es esencial tener claro que las prescripciones preventivas tienen consecuencias individuales y colectivas. Identificar, analizar, seguir, aconsejar a “sujetos con riesgo” puede modificar el sentido de la propia experiencia, aumentar la reflexividad y el distanciamiento con uno mismo, estigmatizar, reducir las capacidades adaptativas personales, inducir reposicionamientos ante sí mismo y en su entorno social. Pero a nivel colectivo también promocionan una tecnificación y científicación de todos los aspectos existenciales y una medicalización de la vida.

Debe quedar claro que intervenir o no, sin existir trastorno diagnosticable aún, es una decisión ética sustentada sobre concepciones ontológicas y políticas. Y el modelo imperante de explicación de los trastornos mentales condiciona cuándo y cómo se debe intervenir preventivamente. Si atendemos al ámbito de la prevención de los trastornos mentales, que es la vida misma como hemos visto en las tablas de factores de riesgo y protección de más arriba, y la entendemos como sustancia ética en el sentido foucaultiano podemos observar que el discurso y las prácticas preventivas modulan los modos de subjetivación-sujeción en pos de una determinada estética de la existencia. Unas prácticas que no son reglamentaciones, sino universalidades sin ley de esa determinada estética de la existencia. Cabe

plantear así, por ser propositivos, una necesaria inclinación al cuestionamiento del saber-poder, del saber experto frente a los saberes profanos, una ética de sí pero no para un dominio de sí mismo y cuyo *télos* sería una *poética de sí mismo*, un cuidado de sí que asuma la propia imperfección, facticidad, fragilidad, corregibilidad, y reconocimiento del estado de necesidad, además del necesario cultivo de sí continuo.

Creemos que pueden ser interesantes las aportaciones de la antropología filosófica sobre la incompletitud del ser humano, la ex-centricidad y el posicionamiento para abordar las cuestiones desde otra posición ética. O la sustitución del concepto de riesgo por el de vulnerabilidad o fragilidad, para trasladar el foco del temor y la movilización urgente en base a probabilidades a la comprensión y los existenciales ontológicos en que se basan vulnerabilidad y fragilidad, y que están presentes en cada uno de los seres humanos.

## BIBLIOGRAFÍA

- AGAMBEN G. *Homo Sacer, el poder soberano y la nuda vida*. Editorial Pre-Textos, Valencia (2010).
- BERRIOS G.E. “Riesgo en psiquiatría”. En: *Hacia una nueva epistemología de la psiquiatría*. Capítulo VII: 94-108. Buenos Aires: Editorial Polemos, 2011.
- BONÉ PINA I. *Vulnerabilidad y enfermedad mental. La imprescindible subjetividad en psicopatología*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 2010.
- CANGUILHEM G. *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI, 1971.
- CAMPOS R. Y NOVELLA E. “La higiene mental durante el primer franquismo. De la higiene racial a la prevención de la enfermedad mental (1939-1960)”. En *Dynamis*; 37 (1): 65-87, 2017.
- ESQUIROL JM. “Jürgen Habermas: técnica como ideología”. En: *Los filósofos contemporáneos y la técnica. De Ortega a Sloterdijk*. Barcelona: Editorial Gedisa, 2012. Capítulo 7: 157-178.
- FOUCAULT M. *Hay que defender la sociedad*. Curso del Collège de France (1975-1976). Madrid: Ed. Askal, 2003.
  - *Historia de la sexualidad (vol. 2). El uso de los placeres*. Madrid: Siglo XXI Editores, 2006.
  - *Historia de la sexualidad (vol. 3). El cuidado de sí*. Madrid: Siglo XXI Editores, 2006.

- *Tecnologías del yo*. Buenos Aires: Ed. Paidós, 2008.
- FUCHS T. “Existential Vulnerability: Toward a Psychopathology of Limit Situation”. *Psychopathology*; 46(5): 301-8, 2013.
- GIDDENS A. *Modernidad e identidad del yo*. Barcelona: Ed. Península, 1995.
- GOFFMAN E. *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Ed. Amorrortu, 2008.
- HABERMAS J. *El futuro de la naturaleza humana*. Buenos Aires: Ed. Paidós Ibérica, 2002.
- INDIJ G. *El yo minimalista. Conversaciones con M. Foucault*. Buenos Aires: Ed. La Marca, 2003.
- KENDELL RE. “The Concept of Disease and its Implications for Psychiatry”. *Brit. Psychiatry*: 127, 305-15, 1975.
- KENDLER KS Y PARNAS J. *Issues in Psychiatry. Explanation, Phenomenology and Nosology*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2008.
- LÓPEZ M, LAVIANA M Y LÓPEZ A. “Estigma social, violencia y personas con trastornos mentales graves”. En: *Violencia y salud mental*. Capítulo IV, 187-207. Madrid: AEN Estudios, 2009.
- MARKOVA I.S. Y BERRIOS G.E. “Epistemology of mental symptoms”. *Psychopathology*, 42): 343-349, 2009.
- MÜLLER-HILL B. *La ciencia del exterminio. Psiquiatría y antropología nazis (1933-1945)*. Madrid: Dirección Única.
- MCGUFFIN P. 'The past, present, and future, of psychiatric genetics.' En: *Psychiatry: Past, Present, and Prospect*. Capítulo 2: 22-45. Edited by Bloch S, Green SA and Holmes J. UK: Oxford University Press, 2014.
- ROSE N. *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: UNIPE: Editorial universitaria, 2012.
- SÁNCHEZ-PLANELL L et al. *Factores de riesgo en psiquiatría*. Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación SL, 2008.
- SIMS A. *Síntomas mentales*. Madrid: Editorial Triacastela, 2008.
- TIQQUN. “Hombre-máquina: modo de empleo”. En: *Primeros materiales para una teoría de la jovencita*. Madrid: Ed Acuarela & A. Machado, 2012.



## UNA ÉTICA PARA LA PSICOSIS

Sergi Solé

### Resumen

---

La concepción de la psicosis como hundimiento lingüístico y repliegue solipsista dificulta su aproximación desde las propuestas éticas tanto del comunitarismo de Taylor y MacIntyre como de la lectura republicana o la acción comunicativa de Habermas. Si ante este escollo hay que resignarse al puro liberalismo o si es posible una relectura no formalista de la ética kantiana que permita entender de otro modo la pragmática del diálogo es el dilema planteado en la presente comunicación.

**Palabras clave:** prevención, enfermedad mental, ética, subjetividad

---

Durante cuarenta años, de 1932 a 1972, se llevó a cabo en los Estados Unidos el estudio *Tuskegee*. En él se siguió la evolución de cuatrocientos granjeros afroamericanos enfermos de sífilis. Los médicos (entre los que también había afroamericanos) ofrecían controles médicos regulares y gratuitos, aunque también dolorosos y no exentos de riesgos a la par que fundamentalmente inútiles. Los participantes en el estudio no iban a beneficiarse de una terapia eficaz, ni siquiera cuando la penicilina fue descubierta a mediados de los años cuarenta, ya que esta se les negó a fin de poder observar la libre evolución de la enfermedad, en muchas ocasiones hasta la muerte.

Frente a esta atrocidad una comisión de expertos auspiciada por el Departamento de sanidad, educación y bienestar de los Estados Unidos redactó en 1979 el *Informe Belmont*, sentando las bases de la bioética. Los seres humanos no podrían nunca más ser utilizados como instrumento al servicio de unos principios considerados (por otros) como superiores. La comunidad, científica o no, ya no podría decidir por la persona. Tras dos siglos tomaba cuerpo en la política sanitaria

la admonición de Kant: que el hombre sea tratado siempre como fin, nunca como medio. Al menos, no sin su consentimiento.

Esto, que parece un innegable avance en el respeto a las personas y una conquista fundamental en derechos humanos, fue sin embargo muy pronto discutido por no pocos ni desconocidos filósofos que veían en los cambios de la sociedad norteamericana de aquellos años setenta una perniciosa exaltación liberal del individualismo y el fin del compromiso social. Así, el derecho que en el ámbito de la investigación de la salud habían adquirido las personas a ser consideradas como fines en sí mismas, se veía cuestionado por una nueva exigencia política que, en reacción a la *Teoría de la justicia* de Rawls, publicada en 1971, conminaba a verlas como miembros de una comunidad antes que como individuos. Esto propugnaba el comunitarismo desplegado a lo largo de la década de los ochenta.

El debate entre individualismo liberal y comunitarismo se extiende hasta hoy y permea gran parte del pensamiento occidental. ¿Pueden juzgar y decidir los sujetos por sí mismos o deben remitirse a otras instancias? Analizaremos aquí un aspecto muy concreto de la cuestión que, por un lado, nos concierne directamente como psiquiatras y, por otro, nos parece apuntar en toda su crudeza al núcleo del debate: la psicosis y la configuración de la subjetividad.

En *La ética de la autenticidad* Charles Taylor advierte de lo siguiente a quien pueda dudar o subestimar “el papel de lo dialógico en la vida humana”:

Olvida —dice— cómo puede transformarse nuestra comprensión de las cosas buenas de la vida por medio de nuestro disfrute en común de las mismas con las personas que amamos, cómo algunos bienes se nos hacen accesibles solamente por medio de ese disfrute común. Debido a ello, nos costaría un gran esfuerzo, y probablemente muchas rupturas desgarradoras, impedir que formen nuestra identidad aquellos a quienes amamos.

Bien, pues eso que a Taylor le parece tan difícil de concebir “en ausencia de un esfuerzo heroico por romper nuestra existencia corriente” es lo que sucede precisamente a las personas afectas de psicosis. A lo largo del siglo XX, las

principales escuelas psicopatológicas —de Freud a Blankenburg, pasando por Bleuler y Minkowski—, han acertado a comprender lo nuclear de la psicosis como un repliegue sobre sí, como extrañamiento del mundo, como aislamiento de un entorno vivido como hostil. Lo denomina Freud autoerotismo, Bleuler acuña el propio término autismo y Blankenburg se referirá a ello como pérdida de la evidencia natural.

Así comprendida la psicosis se hace difícil tomar como modelo para su aproximación al comunitarismo con su omnipresente referencia a la colectividad. En la psicosis nos hallamos por definición fuera del horizonte común, del sentido compartido, muy lejos si no ajenos a la posibilidad de consensuar un marco normativo. Se aducirá que tal vez la psicosis solo afecte a una parte de la configuración subjetiva, pudiendo apelar a esa otra parte que se ha dado en distinguir como "sana" para la negociación. Aunque así fuera insistiremos en atender y no descuidar esa parte enferma que ahí sigue y que, como advierte Fernando Colina frente al *dictum* general, es con la que en todo caso habría que aliarse. De todos modos esperamos mostrar cómo la dificultad arraiga en la estructura general de la subjetividad, no haciendo la psicosis más que delatarla. Sigamos, pues, con ella: ¿cómo es posible articular éticamente la atención al enfermo psicótico sin imponerle un catálogo de buenas costumbres en cuya confección no ha participado ni —en principio— puede participar? ¿Cómo hacerlo sin tampoco apelar frívolamente y sin más consideración a su libertad y autonomía?

El puro liberalismo tampoco ofrece un marco convincente para el acuerdo con la psicosis. En primer lugar porque la atención médica parte de una demanda de ayuda a la que hay que dar respuesta, y en segundo lugar porque pronto se nos ocurren situaciones (dentro y fuera de la psicosis) en las que resultaría tremendamente conflictivo regir nuestra actuación en base a una interpretación estricta de ciertos anhelos liberales. Por ejemplo, escribe Stuart Mill en *Sobre la libertad*:

Nadie puede en justicia ser obligado a realizar determinado acto o a abstenerse de hacerlo por considerarse que eso sería mejor para dicha persona, que fuera a hacerla

más feliz o porque, en opinión de los demás, resultase más prudente o justo actuar de ese modo. Éstas son buenas razones para discutir, razonar, persuadir o suplicar con insistencia, mas no bastan para obligarla o causarle algún perjuicio en caso de que obre de manera diferente.

Pero, ¿cómo hacer (o abstenerse) en aquellas situaciones de riesgo en las que, aunque de forma pasajera, no es posible establecer un diálogo mediante el cual sopesar alternativas a una decisión de probable resultado catastrófico? Pensamos en una crisis psicótica (ya sea esquizofrénica, melancólica, demencial u otras) pero también en una intoxicación aguda o en un fortísimo impacto emocional (presenciar, p.e., un accidente de un ser querido ante el que reaccionar fuera a la vez inútil para el otro y letal para uno). Si pudiera el implicado tomar cierta perspectiva, pensamos, elegiría de distinto modo. Y decidimos intervenir, no sin reparos.

En el caso que nos ocupa, el de las psicosis y especialmente las del ámbito de la esquizofrenia, hemos visto cómo la dificultad para alcanzar un consenso se extiende más allá del episodio agudo. Su estudio ofrece por tanto una perspectiva especialmente valiosa para examinar los límites del acuerdo como fundamento de una toma de postura ética.

Esta dificultad deliberativa la reconoce Jürgen Habermas cuando, en sus *Consideraciones sobre patologías de la comunicación* (1974), se ve forzado a excluir la psicosis de las formas de comunicación sistemáticamente distorsionada que en el texto se estudian. La psicosis no puede entenderse como “comunicación distorsionada” por hallarse en un nivel previo al del lenguaje proposicional, por tratarse de una “expresión ligada al cuerpo” condicionada por un completo derrumbamiento lingüístico. Así lo reconoce Fernando Colina, para quien “las palabras se quiebran” en una “ruptura psicótica” entendida como resultado de “una pérdida irreparable”. No nos podrá auxiliar el modelo de una comunicación distorsionada si creemos que la psicosis responde a una fractura insoldable, si es hermético repliegue, ensimismamiento que no permite ni siquiera la distorsión.

En trabajos posteriores, Habermas se sitúa en el paradigma del entendimiento, según el cual la acción comunicativa se funda en una “relación

intersubjetiva de individuos comunicativamente socializados y que se reconocen recíprocamente” (*Discurso filosófico de la modernidad*, 1985). Parece difícil encajar aquí esa “imposibilidad de creer en los otros y de vincularse con ellos” que José María Álvarez atribuye a las psicosis esquizofrénicas, en las que el enfermo —sostiene— es “incapaz de integrarse en ningún discurso o lazo social”. De hecho, se refiere explícitamente Habermas a este extremo patológico de “retirada” de los contextos de la acción orientada al entendimiento cuando la ve fracasar “en el aislamiento monádico de la acción estratégica o en la esquizofrenia” (*Ética del discurso*, 1983). Tomemos el ejemplo paradigmático que evidencia la inmiscibilidad de psicosis y acción comunicativa: el delirio. Según Habermas, uno de los requisitos fundamentales de la práctica comunicativa cotidiana es su carácter reflexivo y la necesidad de basarse en “argumentaciones en las que [las pretensiones de validez] puedan ser sometidas a examen y llegado el caso pueda tomarse resolución acerca de ellas.

Esta disputa argumentativa acerca de pretensiones de validez abordadas en actitud hipotética —concluye Habermas— puede describirse como forma de reflexión de la acción comunicativa” (1985). Pues precisamente el delirio, forma por antonomasia del discurso psicótico, se caracteriza por no someterse a revisión alguna, por no aceptar esa “disputa argumentativa”, por no sostenerse como hipótesis sino precisamente como certeza, por vertebrar de modo inquebrantable, incorregible —solemos decir— el argumentario del sujeto. Por ser categórico su modo de exposición. El discurso psicótico es razonante pero no reflexivo: es lógico pero no se somete a examen. Así lo escribe Colina: “el enfermo apenas puede ofrecernos una explicación de lo que soporta y de lo que innova, pues no está a su alcance dar razón de sus razones. No puede volver el pensamiento sobre sí mismo. La cosificación de la palabra impide la re-flexión”.

Hallamos en Habermas una postrera alternativa, aunque vacilante. En reconocimiento explícito a Taylor y su crítica a la “descarnada” razón de Descartes y Locke, declara: “La razón es *a nativitate* una razón encarnada”. Las implicaciones de esta afirmación son claramente dos: 1) que en el vivir tenemos que apañárnoslas con

un habla “impura”, y 2) que su versión “purificada” es solo una *suposición*. Aunque Habermas expone este planteamiento en abierta —si bien indirecta— confrontación con Kant, nosotros no sabemos leerlo sino en estrecha relación con el empeño del filósofo de Königsberg por despejar el tránsito entre naturaleza y libertad desarrollado en la tercera *Crítica*. No creemos que pueda «decirse, sin más y en todos los sentidos, que Kant separe el problema de la libertad de toda conexión empírica» (Andaluz, 2015), como sugiere Habermas en línea con la crítica hegeliana al formalismo kantiano y en sintonía con la oposición comunitarista a Rawls.

Parece reconocerlo el mismo Habermas al elegir como interlocutor privilegiado a Cornelius Castoriadis, quien sí había tratado —y de forma extensa, en una conferencia pronunciada en otoño de 1979 con el mismo Habermas de anfitrión— el papel de la tercera crítica kantiana en la constitución de la subjetividad política. De formación psicoanalítica, Castoriadis sostiene en *La institución imaginaria de la sociedad*, obra que Habermas discute, que la psique «tiende irresistiblemente a encerrarse siempre en sí misma» y que solo la violencia social la arranca de su ensimismamiento para configurar al individuo. Para devenir individuo hay que enfrentar la sociedad y estar dispuesto a esa “ruptura violenta” que de tan “desgarradora” quería parecerle a Taylor improbable. Habermas asume, en el fondo, que lo sólito es esto:

Fácticamente, en modo alguno podemos cumplir siempre (y ni siquiera a menudo) esos inverosímiles presupuestos pragmáticos [de la situación ideal de habla], de los que, sin embargo, en la práctica comunicativa cotidiana no tenemos más remedio que partir, y, por cierto, en el sentido de una coerción trascendental.

Es decir, la comunicación cotidiana no responde a una comunión real y sin embargo debemos actuar como si esta en efecto se diera, como si el darse la situación de habla tuviera un sentido. Hay que suponer que así es para hacerla comprensible. No otra cosa define al juicio reflexionante kantiano, cuyo carácter intersubjetivo deja bien claro Castoriadis:

De ahí el paso de la “validez universal objetiva” a la “validez subjetiva” y de lo “determinante” a lo “reflectante”: la determinación no depende de la opinión de los demás, en tanto que lo reflectante la hace intervenir.

No nos parece baladí qué lectura hagamos de la obra kantiana, especialmente de la tardía. Recordemos que apenas median tres años entre la publicación de la *Crítica del Juicio* (1790) y el gesto inaugural de Pinel (1793) por el que liberara de sus cadenas a las mujeres enfermas de Bicêtre. La psiquiatría nació a la luz de esta obra kantiana de madurez, de una racionalidad sabedora de que en todo discurso vivo, y no solo en el del psicótico, no podemos sino suponer su integridad, su coherencia, su sentido. Entender la cesura psicótica en continuidad con un juicio entregado al mundo de la vida es completamente distinto a situarla en la frontera de una racionalidad clausurada que solo permita su asimilación o rechazo. Que Taylor y Habermas censuren purismo y cerrazón en Kant mientras Castoriadis nos ayuda a ver en su obra la invitación al diálogo mediante el que superar las trabas de lo psicótico y lo instrumental (permitiendo así establecerse como fundamento de una verdadera ética del discurso), no hace sino destacar el lugar crucial que ocupa la obra kantiana y sus enormes posibilidades como fructífero punto de encuentro.

## BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ, J.M. *Estudios sobre la psicosis*, Xoroi, 2013.
- ANDALUZ, A.M. “Armonía en la dualidad frente a monismo naturalista: Kant y Habermas”. *Con-Textos kantianos*, vol. 2. pp 128 — 150, 2015.
- COLINA, F. *Sobre la locura*. Madrid: Cuatro, 2013.
- HABERMAS, J. *Conciencia moral y acción comunicativa*. Madrid: Trotta, 2008.
  - *El discurso filosófico de la modernidad*. Argentina: Katz, 2008.
  - *Teoría de la acción comunicativa: complementos y estudios previos*. Madrid: Cátedra, 2011.
- MILL, J.S. *On Liberty and other essays*. UK: Oxford University Press, 1991.
- TAYLOR, C. *La ética de la autenticidad*. Barcelona: Paidós, 1994.

## RENTA BÁSICA: UNA PROPUESTA ÉTICA TAMBIÉN PARA LA SALUD MENTAL

Sergi Raventós

### Resumen

---

Los determinantes sociales de la salud mental en los últimos años han evidenciado que los humanos somos vulnerables a la inseguridad económica, la precariedad vital y a las desigualdades sociales de nuestras sociedades. La salud mental ha empeorado y se ha manifestado de muchas y diversas maneras: aumento de la ansiedad, del alcoholismo, de la depresión, de consumo de fármacos y de suicidios...

Durante la crisis de los últimos años, los recortes derivados de las políticas de austeridad de los diversos programas sociales y sanitarios han sido muy considerables y se añaden a dos de los grandes problemas que tienen nuestras sociedades: un paro crónico y persistente en un contexto donde el tejido productivo va perdiendo puestos de trabajo derivado de una automatización acelerada; y una pobreza instalada permanentemente desde hace años. Graves problemas que las prestaciones de desempleo, las ínfimas rentas mínimas y pensiones no contributivas no han podido hacer desaparecer. Todo ello ha contribuido a elevar los niveles de inseguridad económica y que diversas investigaciones han evidenciado las consecuencias que tiene para la salud mental de las personas.

Aquí se plantea una medida de protección social y prevención (también de la salud) como la Renta Básica universal (RBU), esto es: un ingreso pagado por el Estado a cada miembro de pleno derecho de la sociedad o residente, incluso si no quiere trabajar de forma remunerada, sin tomar en consideración si es rico o pobre e independientemente de cuáles puedan ser las otras posibles fuentes de renta y sin importar con quien viva.

La RBU nace con una vocación de constituir un punto de encuentro entre diferentes idearios éticos y políticos y filosofías normativas. Una propuesta social que a pesar de tener algunas resistencias intelectuales creemos que supera la criba ética y normativa.

**Palabras clave:** renta básica, salud mental, ética, economía.

---

En primer lugar, exploraré algunas razones para poder proponer una renta básica, una propuesta social que desde hace unos años ha emergido con una fuerza considerable y que podría suponer, sostengo, una mejora de la salud mental de nuestras poblaciones.

Desde la filosofía ha sido justificada desde diferentes teorías de la justicia distributiva y también desde la filosofía política: principalmente la libertaria, la liberal y la republicana. Hay partidarios de la RB, por tanto, de derechas y de



izquierdas. Partidarios de reducir el estado de bienestar o de mejorarlo. La defensa que voy a hacer será desde la izquierda.

La popularidad de la renta básica se ha incrementado a lo largo de los dos últimos años. A menudo aparecen artículos en los principales diarios de todo el mundo sobre esta medida. Se reconocía en un informe del Parlamento Europeo de septiembre de 2016 que “la renta básica está atrayendo una atención creciente en Europa”. Actualmente, hay diferentes proyectos de implantación de esta propuesta, como ocurre en el caso de Finlandia, donde el 79% de la población estaría de acuerdo y también el gobierno se ha manifestado partidario de cumplir su promesa electoral de querer instaurar una renta básica experimental.

En Europa en abril del 2016 se realizó una encuesta a 10.000 ciudadanos de 28 países y un 64% se mostraba favorable a una RB. En Cataluña, una encuesta del GESOP a 1600 personas, mostró a un 72% de acuerdo con una RB y en caso de cobrarla sólo un 3% expuso que dejaría de trabajar, hecho que desmiente la crítica recurrente que “la gente dejaría de trabajar” o que “no haría nada”.

Recordamos aquí, una vez, más que la renta básica universal (RBU) de la que hablo es: un ingreso pagado por el Estado a cada miembro de pleno derecho de la sociedad o residente, incluso si no quiere trabajar de forma remunerada, sin tomar en consideración si es rico o pobre e independientemente de cuáles puedan ser las otras posibles fuentes de renta y sin importar con quien viva. No hay que confundirla con una renta mínima de inserción para la extrema pobreza ni tampoco con una renta garantizada complementaria de ingresos como la del País Vasco que, a pesar de lo generosa que es, no ha conseguido acabar con un 27% de familias pobres. Ni, finalmente, tampoco hay que confundirla con la “renda garantida ciudadana” que se ha acabado de aprobar en el Parlament de Cataluña. Hablamos de una renta universal e incondicional. La recibe todo el mundo pero no todo el mundo gana, aunque sí una mayoría de más de un 70%, como muestran algunos estudios de financiación.

Antes de entrar a analizar y justificar más a fondo la RB, es conveniente apuntar algunos datos del contexto social y económico.

*Algunos datos de pobreza y desigualdad social*

La situación social y económica, como es sabido a día de hoy, es muy preocupante: el último informe de Eurostat ofrece datos que no pueden dejar a uno indiferente si tiene alguna empatía con el género humano. Por ejemplo, según el indicador AROPE, en el Reino de España, el 28,6% de la población, es decir, más de 13 millones de personas, vivía en 2015 en riesgo de pobreza y exclusión.

Otro dato más: la tasa de trabajadores pobres (es decir, aquellas personas que poseen un empleo legal y que, pese a ello, se sitúan por debajo del umbral de la pobreza) ha pasado del 11,7% en 2013 al 14,8% en 2015.

Detrás de estos datos hay muchas personas que padecen y sufren situaciones de pobreza y miseria insufribles. Tal vez, lo que es bastante menos conocido, es que en muchas ocasiones también presentan más problemas de salud mental

Los determinantes sociales de la salud [mental] nos ponen de manifiesto que los humanos somos vulnerables a la inseguridad económica y a la precariedad laboral. El formar parte de una clase social empobrecida o estar en una posición inferior en la jerarquía social habitualmente también conlleva tener peores indicadores de salud. Tampoco podemos olvidar que las privaciones en la infancia pueden tener también efectos persistentes y graves en la salud a lo largo de la vida. La inseguridad económica derivada de no disponer de una ocupación, de tener un trabajo precario, deudas o hipotecas repercute asimismo de forma muy considerable en la salud mental.

Los principales factores de riesgo de los trastornos del estado de ánimo como la depresión se relacionan con la situación laboral de la población. Las distintas situaciones de nuestra vida laboral afectan a nuestras emociones y a nuestra salud [mental]: no es lo mismo disponer de un trabajo fijo que de uno eventual, estar bien o mal pagado, con o sin derechos laborales o que el empleo sea adecuado a nuestra formación o no.

El aumento de las desigualdades socioeconómicas y cómo estas van acompañadas de un importante aumento de las patologías mentales en los últimos años ha sido corroborado por una considerable evidencia científica. Unas

desigualdades que muestran a la vez la extrema importancia que tienen las políticas de protección social y económica, fundamentales para dar una estabilidad y seguridad a la vida y a la salud de las personas. Unas políticas de protección social que suponen aumentar el gasto social y asignar recursos a las acciones sobre los determinantes sociales de la salud, reducir las desigualdades de renta a través de la fiscalidad, incrementar el gasto público en servicios de salud, educación y servicios sociales, políticas de ocupación, mejorar pensiones, etc.

Por lo que sabemos de los efectos de la gran crisis económica iniciada en 2008 es que han sido devastadores en la salud mental de la población. El sufrimiento psíquico y los diversos problemas de salud mental son bastante considerables en cuanto a cuadros ansiosos depresivos de carácter reactivo, trastornos del sueño, graves sentimientos de culpa, conflictos familiares, violencia doméstica, problemas asociados al abuso del alcohol, más riesgos de padecer trastornos ansiosos depresivos y también un aumento de las muertes por suicidio. Hay pocas dudas dentro de la comunidad académica y profesional de que el sufrimiento psíquico y los síntomas de malestar mental han empeorado y aumentado con la crisis y las políticas de austeridad desarrolladas por muchos gobiernos.

Para hacer frente a la situación de grave recesión económica y de gran aumento de la pobreza de las poblaciones, los gobiernos español y catalán han hecho uso de las mismas recetas habituales en cuanto a prestaciones de desempleo y de pobreza que en una época cualquiera de crecimiento económico. Pero estas viejas fórmulas en esta larga crisis no han funcionado muy bien en lo referente a los elevados costes en salud y sufrimiento mental.

Ha quedado de manifiesto que las políticas de austeridad que actualmente se llevan a cabo responden a una defensa de los intereses de una ultra minoría a costa de la salud y la vida de la gran mayoría de la población. Hay que preguntarse quién ha ganado y quién ha perdido con la crisis. Según el último informe de Intermón-Oxfam, se estima que 62 personas poseen la mitad de la riqueza mundial.

Hay que recordar que hay una mayor incidencia de peor salud mental en los países con más desigualdades en la distribución de la riqueza y en los que tienen sistemas débiles de protección social. En este caso, hay que remarcar que el Reino de España es el tercer Estado con mayor desigualdad de la UE, después de Rumanía y Serbia. En efecto, el 10% más rico obtiene un equivalente a la cuarta parte de los ingresos del conjunto de la población.

La magnitud de la emergencia social y el aumento de las desigualdades sociales derivadas de la crisis y las medidas de austeridad en cuanto a pobreza, paro y otras problemáticas sociales han generado unos graves problemas de salud mental en los individuos y en las familias que ya están teniendo repercusiones y consecuencias para los empleadores y los gobiernos, como resultado de la disminución de la productividad en el trabajo, aumento de las incapacidades, disminución de la participación laboral, ingresos fiscales perdidos y aumento de los gastos de salud y bienestar.

#### *Protección social a lo largo de la vida con una renta básica*

Una medida de protección social y seguridad económica como la renta básica podría tener importantes efectos beneficiosos para la salud mental de toda la población. Las consecuencias positivas de la renta básica son múltiples: podría reducir la incertidumbre vital y el desgaste psíquico causado por el estrés que sufren millones de personas en paro, con trabajos precarios y mal pagados.

También podría disminuir la dependencia material al disponer de una renta segura e incondicional supondría vivir de forma menos angustiada y estresante una pérdida de ocupación, un hecho demasiado habitual hoy en día.

Diversos experimentos internacionales de garantizar ingresos que se han hecho en zonas bien diferentes del planeta (India, Namibia, Manitoba, Carolina del Norte, Kenia, Alaska, etc.) han aportado también cierta evidencia empírica de algunas mejoras en varios terrenos de salud y especialmente en la salud mental, la reducción de las desigualdades sociales y la pobreza, mejoras en la educación, en las relaciones humanas, la economía, etc.

Es importante destacar algunas de estas experiencias por la importancia que han tenido estos ingresos incondicionales para la salud mental de las personas y las familias en cuanto a reducción de problemas de ansiedad, la reducción de ingresos hospitalarios de enfermos mentales o notables mejorías psiquiátricas y una disminución de diagnósticos psiquiátricos entre adolescentes y adultos.

Además, se puede predecir que se ganaría en autonomía y confianza por la tranquilidad psíquica que podría suponer una garantía incondicional de ingresos. Es plausible suponer que facilitaría realizar cambios de empleos que, en muchos casos, al ser poco gratificantes e insatisfactorios contribuyen, como se ha demostrado en diversas investigaciones, también a enfermar.

Las personas que padecen de algún tipo de trastorno mental podrían tener una mejor seguridad económica y psicológica con una RB, sabiendo que su subsistencia no dependerá de una alteración o variación en su estado de salud mental que le pueda suponer perder un empleo. En estos tiempos de crisis y de desregulación del mercado de trabajo, con contrarreformas laborales que facilitan el despido, esta situación de intranquilidad se ha agudizado considerablemente.

Para mucha gente, tal vez sería una vía de abandonar trabajos sumergidos o informales que se realizan en condiciones no muy saludables pero se ven necesitados de ejercer para complementar su miserable subsidio o pensión. También para aquellos que estamos en servicios de salud mental, las relaciones asistenciales deberían estar más orientadas a atajar determinados problemas familiares, psicológicos, laborales, adictivos, etc. y así poder ayudar mejor a las personas vulnerables a ser más autónomas y capaces.

#### *Una reflexión filosófica sobre la libertad y la Renta Básica*

Desde la concepción republicana de la libertad que suscribo, ya desde los tiempos de Aristóteles, pasando por Cicerón, Maquiavelo, Robespierre o Marx, ser libre significa no depender de otro particular para vivir, no ser arbitrariamente interferido por un particular. Quien depende de otro para vivir no es libre. Quien no tiene asegurado el “derecho a la existencia” por carecer de propiedad u otros medios, vive a merced de otros y no es capaz de cultivar ni ejercitar la virtud

ciudadana. Y esto es así porque esta dependencia con respecto a otro particular lo convierte en un sujeto de derecho ajeno: un *alieni iuris*, un alienado.

Se preguntaba Robespierre ya en el año 1792:

¿Cuál es el primer fin de la sociedad? Mantener los derechos imprescriptibles del hombre. ¿Cuál es el primero de esos derechos? El de existir. La primera ley social es, pues, la que asegura a todos los miembros de la sociedad los medios para existir; todas las demás se subordinan a esta.

La libertad entendida como no dominación que podría suponer tener una independencia material como la RB es la libertad del parado y la parada, del precario o de la ama de casa que les brindaría una independencia económica frente el marido o el patrón.

La RB permitiría elegir autónomamente el trabajo a realizar. Daría libertad al desempleado porque lo emancipa del estigma y daría libertad al pobre que lo libera de la caridad. Los beneficios inducidos por la RB se derivan de este efecto de la libertad: dignidad y autorrealización son posibles desde la libertad. Cuanto más dependiente materialmente sea una persona, más fácilmente se verá obligada a entrar en relaciones asimétricas de dominación. Un grupo de vulnerabilidad como el de las personas afectadas por problemas de salud mental es susceptible de ser interferido arbitrariamente en su existencia social por parte de otros.

Si queremos también favorecer la autonomía de los usuarios o usuarias de nuestros servicios implica asegurar las condiciones necesarias para que las personas actúen con empoderamiento y capacidad para tomar decisiones respecto a su tratamiento y curso de vida. Considero que una RB podría favorecer claramente el clásico Principio de autonomía de la Bioética.

Nuestras sociedades están cada vez más enfermas, pero hay propuestas como es la renta básica con la que se ganaría más control de nuestras vidas al garantizar materialmente la existencia. Seríamos más libres y autónomos y por ello, muy probablemente, también se contribuiría a lograr mejoras objetivas en la salud mental.

## BIBLIOGRAFÍA

- AGÈNCIA DE SALUT PÚBLICA. *La salut a Barcelona 2009*. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2010.
- BARTOLL ET AL. “The evolution of mental health in Spain during the economic crisis”. *European Journal of Public Health* 1-4, 2013.
- FADSP. *Los efectos del desempleo sobre la salud*. Madrid, 2012.
- GILI ET AL. “The mental health risks of economic crisis in Spain: evidence from primary care centre, 2006 and 2019”. *European Journal of public Health*, 1-5, 2012.
- MELTZER ET AL. “The relationship between personal debt and specific common mental disorders”. *Europeam Journal of Public Health*, 23(1): 108-113, 2012.
- OXFAM. *Europa para la mayoría, no para las élites*. Disponible en línea: <https://www.oxfamintermon.org/es/que-hacemos/proyectos/desigualdad/europa-mayoria-no-elites>, 2015.
- RAVENTÓS, D. (coord.). *La Renta Básica. Por una ciudadanía más libre, más igualitaria y más fraterna*. Barcelona: Ariel, 2001.
- RAVENTÓS, S. “Desigualdad socioeconómica y salud mental: la propuesta de una renta básica para proteger y promover la salud mental”. Disponible en línea: <http://www.sinpermiso.info/textos/desigualdad-socioeconomica-y-salud-mental-la-propuesta-de-una-renta-basica-para-proteger-y-promover>, 2016.

## EL PODER DEL DERECHO EN LA VIDA DIAGNOSTICADA

Maria Àngels Porxas

### Resumen

---

Esta comunicación es una aproximación jurídico-social de la coexistencia en España de una dicotomía normativa hacia las personas diagnosticadas con un trastorno mental. Por un lado, encontramos las leyes del ordenamiento nacional vigente, donde se regulan medidas como la incapacitación y la hospitalización involuntaria, que perpetúan la visión del enfermo mental como una persona desposeída e incapaz. Por otro lado, una corriente del derecho internacional que tiende a la promoción de medidas de apoyo a las decisiones y de tratamiento menos invasivas para una extensión de los derechos humanos en el campo de la salud mental, plasmada en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), también derecho vigente en España. El análisis reflexiona sobre la importancia del derecho como proceso conformador de conductas y de la realidad, del poder constructor y destructivo que tiene el derecho sobre las identidades y la subjetivación, partiendo del ejemplo paradigmático de las personas con un diagnóstico psiquiátrico.

**Palabras clave:** diagnóstico psiquiátrico, derecho, Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, capacidad, paradigma

---

### 1. Introducción: la categorización diagnóstica

El análisis presentado parte de la premisa que la subjetivación y la conceptualización del enfermo mental y de la enfermedad mental está, en parte, construida social y culturalmente (Foucault, 1961; Huertas, 2011; Rosenberg, 1989; Rosenhan, 1973; Szaz, 2010). Así, aunque no es el objeto de este estudio entrar en el debate sobre si las enfermedades mentales son construcciones biológicas o sociales, o sobre el límite de la influencia cultural en la percepción de la enfermedad mental, debemos partir del consenso que los elementos que conforman una sociedad en un contexto concreto son también elementos conformadores de los individuos que forman dicha sociedad, tanto internamente impactando en las identidades y la subjetivación de las personas como de forma externa como elementos que influyen el imaginario social. Entre ellos se encuentra el derecho, entendido en un



sentido amplio como orden normativo e institucional de la conducta humana en la sociedad.

En esta línea, los diagnósticos médicos también son elementos transformadores: existe una interacción entre la realidad y la forma como percibimos, nombramos y actuamos sobre esta realidad, que tiene un impacto sobre la misma, incluso llegando a transformarla; no tanto debido a las palabras con las que nos referimos a ella, sino por las características que asociamos a los términos utilizados, a las ideas asociadas a las palabras. Algunos ejemplos evidentes de esta relación son: “esquizofrénico”, “o niño con TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad)”. Antes de la existencia de estos diagnósticos, estas personas eran identificadas bajo otros términos como “poseídos” o “niños movidos”. Así, los mismos comportamientos eran identificados con otras palabras que englobaban otros conceptos y otros imaginarios sociales. En el pasado, simplemente, no podía existir la idea del “esquizofrénico” o del “niño con TDAH”, por qué no existía el significado lingüístico. Con la aparición de estos diagnósticos, y consecuentemente con la medicalización de las conductas asociadas a los mismos, se han construido unas teorías alrededor de estos términos y de las personas que son identificadas con ellos, así cómo se han instaurado unas prácticas alrededor de sus comportamientos que hacen que el niño diagnosticado con TDAH de hoy sea diferente del niño movido de antes. Entre otras consecuencias, el niño movido no era un enfermo, el niño con TDAH sí.

Así, como desarrolló Hacking (2012), hay ciertas clasificaciones que interactúan con su realidad. No es el diagnóstico que produce un efecto en la persona y la transforma; sino que son las instituciones, prácticas y roles aplicados según las categorizaciones, con una elevada carga de valores, que interactúan con los así clasificados. Hacking explica que la búsqueda de la comprensión de los comportamientos y los procesos humanos ha clasificado el ser humano en tipos de persona (*human kinds*), resultado de la preocupación de las ciencias modernas por clasificar, cuantificar e intervenir. El efecto de estas categorizaciones sobre los categorizados, es lo que Hacking denomina el *Looping Effect* (2012: 16), que consiste

en identificar cómo las clasificaciones (y las prácticas instauradas a su alrededor) cambian la forma cómo pensamos sobre estas personas y sobre nosotros mismos, que es una idea importante para la reflexión que quiero hacer.

## 2. El rol del derecho en la categorización y su relación con la psiquiatría

La categorización se ha utilizado como herramienta de control (Foucault, 2005), función en la que el derecho juega un papel destacado. Hay una evidente relación entre la psiquiatría y el derecho: la primera crea los diagnósticos, las etiquetas, y la ley impone el control legitimándolas y relacionándolas con otras categorizaciones: delincuente, peligroso, incapaz, etc. A lo largo de la historia, reconocemos una serie de procedimientos que reflejan estos controles, resultado de la reprobación de la sociedad hacia ciertas formas de conducta, lo que Radcliffe-Brown denominaba sanciones negativas (1996):

Antiguamente, nos encontrábamos especialmente con conductas como el sometimiento de la persona a reprobación abierta o menosprecio público, la pérdida de rango social, la exclusión permanente o temporal de la comunidad (a través del manicomio o de la expulsión); la producción de dolor corporal (terapia electroconvulsiva, encadenamientos, lobotomías, etc.)

Actualmente, se mantienen algunas de las anteriores prácticas, en formas menos visibles, pero que cumplen la misma función: el control. La contención mecánica, la hospitalización involuntaria, la segregación en la propia comunidad (en pisos tutelados, por ejemplo) o la pérdida permanente o temporal del ejercicio de los derechos, mediante la imposición de la institución de la incapacitación.

Observamos las múltiples y directas relaciones entre la ley y la psiquiatría, muchas veces correlacionales. Sirvan de ejemplo las sentencias judiciales que justifican sus resoluciones, directa o indirectamente, en la relación entre ciertos diagnósticos con algunas características, como la “esquizofrenia” con la peligrosidad, por ejemplo, lo que legitima la credibilidad de esta correlación, a pesar de evidencia científica que lo pone en duda. Además, un caso paradigmático del impacto legal que puede tener la creencia social de la existencia de un desorden es el

del “síndrome de alienación parental” (SAP) acuñado por Richard Gardner el 1985. Él propició en su momento la adopción de la ley de custodia compartida en Estados Unidos, además de haber sido ampliamente utilizado por abogados y jueces para defender razonamientos jurídicos a favor de la custodia de uno de los padres, a pesar de no estar la categoría reconocida como tal por ninguna de las clasificaciones internacionales de enfermedad o de trastornos mentales (DSM-V o CIE-10)<sup>18</sup>.

Sin embargo, la ley también puede ser un mecanismo para evitar procesos de marginación y avanzar en los derechos de las personas categorizadas bajo un diagnóstico psiquiátrico. Un ejemplo reconocido en el mundo de la salud mental es la adopción en Italia de la denominada ley Basaglia (1978), en recuerdo a las ideas sociopolíticas de Franco Basaglia, pionero de la desinstitutionalización en este país (Palermo, 1991). De hecho, este es el primer texto legal en Europa que establece derechos para la protección específica de las personas con enfermedades mentales, a la que siguieron el cierre de casi todos los hospitales psiquiátricos de Italia y el establecimiento de centros de atención comunitarios; convirtiendo, así, ciertas prácticas hasta ese momento normalizadas en vulneraciones de derechos ante los ojos de la sociedad, y devolviendo al enfermo mental su condición de ciudadano de pleno derecho.

Cabe mencionar también, como un elemento impulsor del reclamo y reconocimiento de los derechos de los colectivos marginados o en posiciones de desigualdad, el surgimiento hace unos cincuenta años del discurso de los derechos humanos, que tiene un impacto sobre la percepción que la sociedad tiene de sí misma. La sociedad se ha apoderado del lenguaje de los derechos, antes reservado a unos pocos, y progresivamente, los diversos colectivos históricamente marginados han ido reclamando su posición de igualdad en el mundo: las mujeres, las etnias minoritarias, la “raza” negra, las personas con discapacidad y, de forma incipiente, también los usuarios de la psiquiatría.

---

<sup>18</sup> Ver en la prensa: <https://www.newsroom.co.nz/2017/08/13/42453/family-court-using-discredited-us-theory#> (consultado el 15 de marzo de 2018).

### **3. Sobre el tratamiento jurídico a las personas con discapacidad psicosocial en la normativa española y el choque de criterios con la Convención sobre los Derechos de la Persona con Discapacidad**

#### *a) La evolución terminológica*

En la normativa española ha habido una evolución terminológica que es de destacar: desde el Código Penal de 1848 que prácticamente equiparaba a las personas con una enfermedad mental con animales feroces o dañinos, imponiendo la misma sanción a aquellos que dejaren vagar sin vigilancia a un “loco o demente” o a un animal feroz o dañino, a las primeras leyes de asistencia social a los “subnormales” o para la promoción del empleo de los “minusválidos” en 1970 (término que se ha mantenido vigente hasta recientemente). También se ha pasado por el uso de términos como “enajenados”, “alienados” (con evidente referencia a la dicotomía normalidad/anormalidad) “enfermos mentales o trastornados psíquicos”, hasta los términos legalmente vigentes: persona con discapacidad o persona con un trastorno psíquico, anteponiendo la persona a la condición<sup>19</sup>. Desde el movimiento de “Vida independiente”, se promueve el uso de las palabras “persona con diversidad funcional”, que busca suplantar la carga negativa de los anteriores conceptos, haciendo eco de la pluralidad humana, aunque no es de consenso entre todos los colectivos de personas con discapacidad, y no ha sido tampoco adoptado por el legislador.

#### *b) El reconocimiento de derechos en relación a la capacidad*

Hoy en día, la Constitución española reconoce la igualdad de todos ante la ley (art. 14), pero la susceptibilidad de adquirir derechos y contraer obligaciones, es decir, de ser sujeto de derecho, está supeditada a la voluntad, y para expresar y formar la voluntad debe tenerse capacidad (capacidad para decidir). Y esta es la

---

<sup>19</sup> Para un repaso de la evolución terminológica de las personas con discapacidad en la legislación española de los últimos 30 años ver: Vilà, T., “De la subnormalidad a la diversidad funcional”, *Polibea*, 100, 2011.

clave de la cuestión que aquí nos concierne, que la falta de capacidad se ha usado como argumento para justificar la limitación de los derechos a esas personas a las que se considera que no la tienen, y que por lo tanto no tienen voluntad, o no la pueden formar, o expresar, o que si la tienen es irracional y por lo tanto no es válida en el sistema socialmente aceptado. Es decir: no equivale sujeto de derecho a persona/individuo, sino a persona con capacidad de obrar, en términos jurídico. Pero, ¿cómo saber quién es capaz y quién no lo es? De nuevo, esta es una cuestión médica y legal de difícil concreción, a menudo supeditada a un juicio de valor.

A pesar de la reconocida igualdad que debe regir ante la ley, el diagnóstico psíquico o mental es condición previa para justificar la limitación de ciertos derechos. Así sucede con el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC), que permite el ingreso involuntario por razón de enfermedad mental, o con la incapacitación civil (actualmente eufemísticamente denominada modificación de la capacidad de obrar a pesar de tener el mismo contenido y resultado), para la que se requiere como condición previa un diagnóstico de enfermedad incapacitante (art. 200 Código Civil). Diferenciaciones normativas que debería analizarse si constituyen una discriminación, aunque por una cuestión de espacio no se va a desarrollar este tema aquí.

*c) La convivencia de dos marcos jurídicos opuestos*

En este punto es donde cabe mencionar la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de Naciones Unidas (CDPD, 2006), derecho vigente en España desde el 2008. Esta Convención adopta el enfoque social de la discapacidad y reconoce al sujeto igualdad con los demás en todos los aspectos de su vida, entre ellos el de tener y ejercer su capacidad jurídica; en otras palabras, no permite la incapacitación civil ni otras formas de sustitución de las decisiones, abogando por un modelo que respete siempre la voluntad y los deseos de la persona desde la provisión de los apoyos necesarios.

En cambio, como veíamos, la ley española regula la incapacitación y la restricción de la libertad basándose en un diagnóstico, instituciones que además

utiliza ampliamente. El modelo de regulación español es uno basado en la sustitución de las decisiones de la persona que se considera que no tiene capacidad para tomarlas por sí mismas, para autogobernarse, guiado por el criterio del mejor interés, considerado obsoleto y contrario a los estándares de derechos humanos de la CDPD.

Nos encontramos, pues, ante dos marcos jurídicos que representan dos corrientes contradictorias y dos formas de entender y tratar las discapacidades, y por ende también las enfermedades mentales, opuestas e incompatibles, pero ambas vigentes en España. Ante esta situación, el legislador se comprometió en 2009 a modificar y a revisar las leyes sobre incapacitación; y hoy a inicios del 2018 se han hecho poco más que cambios terminológicos. Esta situación es inédita y puede crear inseguridad jurídica: los tribunales pueden razonar sus sentencias en base a la tradicional interpretación del Código Civil, o bien hacerlo según la Convención y el nuevo enfoque que ofrece, lo que es inviable a largo plazo.

El Tribunal Supremo (TS) se ha referido varias veces a esta cuestión. En sus primeras sentencias sobre la compatibilidad de la CDPD y la incapacitación civil, de 2006 y 2009, y en contra de la opinión del Comité para los Derechos de las Personas con Discapacidad (el órgano interpretativo de la CDPD), afirmó que la incapacitación era una medida de protección conforme a la CDPD y que no era discriminatoria, con lo que negaba la incompatibilidad del Código Civil con el tratado internacional, haciendo poca o nula autocritica.

Posteriormente se aprecia un giro de razonamiento en el Tribunal, particularmente a partir de la sentencia 617/2012, en la que la resolución reconoce que la curatela debe reinterpretarse desde el modelo de apoyo y asistencia, a pesar de seguir razonando en base al interés superior de la persona con discapacidad, en lugar del criterio de la voluntad y las preferencias. De todas formas, el Tribunal remarca la necesidad de tener en cuenta la importancia que para las personas con discapacidad reviste su autonomía e independencia individual, sus habilidades, y el reconocimiento y potenciamiento de la capacidad acreditada en cada caso, para evitar una muerte social y legal. Reconociendo, pues, que la incapacitación es una

muerte social y legal que se debe evitar. Más recientemente, en sentencias de 2014 y 2015, la jurisprudencia del Tribunal se consolida en esta última perspectiva, identificando el apoyo como la verdadera finalidad del proceso de la modificación de la capacidad de obrar y no la incapacitación en sí misma.

d) *Las limitaciones del cambio de paradigma de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*

Desde su aprobación, a la CDPD se le ha atribuido la adopción de un “cambio de paradigma” en el tratamiento de la discapacidad (Kayess & French, 2008), lo que ha sido objeto de prolífica literatura. En este sentido, y atendiendo al término con el que los expertos se han referido a este cambio de mirada jurídica, he hecho el ejercicio de extrapolar la teoría de Kuhn sobre el cambio de paradigma al caso que nos ocupa (Kuhn, 1995).

El filósofo de la ciencia sostiene en su obra *La estructura de las revoluciones científicas* (1962) que el paradigma actual, en nuestro caso el paradigma del “mejor interés” del modelo médico, pone en práctica la “ciencia normal”. Pero cuando surgen problemas, fenómenos, que no quedan resueltos por el paradigma y se consolidan estas dificultades, puede llegarse a la crisis, en este caso se trataría de la crisis del modelo médico, que ya no es universalmente aceptado como válido. Si la situación de crisis se mantiene, solo podría resolverse con un nuevo paradigma, que sería en este caso el de la “voluntad y las preferencias” del modelo social de derechos. Cuando este nuevo paradigma rompe radicalmente con el anterior se producirá la revolución científica. Salvando las diferencias, Kuhn viene a decir que las nuevas teorías no nacen por verificación, ni por falsificación, sino por sustitución debido a la incapacidad de la vieja teoría de resolver un problema. En el caso que nos ocupa, pero, no se ha roto con el paradigma anterior, y seguimos de momento en el período de crisis, con la convivencia de dos modelos excluyentes. Kuhn identifica tres soluciones a la crisis (1995):

1. El paradigma previo demuestra ser capaz de resolver los problemas y se mantiene.
2. Surge un nuevo candidato capaz de resolver el problema y sustituye al anterior.
3. El problema sigue ofreciendo resistencia incluso a enfoques radicalmente nuevos y su resolución es reservada para la posteridad.

Siguiendo esta teoría, y basándome en lo expuesto, no me atrevo a definir la CDPD como un cambio de paradigma tal como se ha venido estableciendo, sino como un “nuevo candidato”, que definitivamente puede llegar a ser una revolución en el mundo de la discapacidad, y de la enfermedad mental, pero cuya consolidación como paradigma me parece pronta, encontrándonos todavía en un período de crisis. Así, desconocemos si habrá revolución, pues persisten algunos problemas claves de aplicación de este nuevo modelo como es la implementación del reconocimiento de la igual capacidad jurídica y de obrar o de las alternativas a los ingresos involuntarios en salud mental, entre otros, y que cabrá ver si el nuevo candidato es capaz de resolver mejor que el anterior.

#### **4. Conclusión**

El derecho es un elemento más estigmatizador de las personas con trastornos mentales graves: el diagnóstico como condicionante para un trato diferencial. En nombre de la protección y la igualdad se han tomado medidas normativamente diferenciadoras justificadas por la diferente “capacidad” que conlleva “per se” una desvalorización social de los individuos etiquetados y un cambio en la subjetivación de la propia persona y de la enfermedad.

La convivencia de dos corrientes normativas confrontadas en España no es solo una cuestión jurídica-filosófica, sino que nos enfrenta a la posibilidad de una verdadera revolución en la forma de entender la discapacidad y, por ende, de los trastornos mentales porque surge, está en construcción, una nueva idea del trastorno mental, del esquizofrénico, del bipolar, etc.



Según el alcance de implementación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) en nuestro ordenamiento jurídico, y de forma global en los demás países, podremos confirmar si estamos, o no, ante un cambio de paradigma. Así, el impacto sobre las personas diagnosticadas variará según el nivel de resolución de la CDPD de los problemas que se le resisten. Un cambio definitivo de paradigma puede cambiar la manera y las prácticas con las que interactuamos con las personas diagnosticadas con enfermedades mentales, pues pueden dejar de ser sujetos que no pueden ejercer sus derechos a sujetos empoderados jurídicamente, lo que inevitablemente tendrá un *looping effect* sobre la idea que tenemos de las personas con un diagnóstico mental y sobre su propia concepción de ellas mismas. Es decir, más allá de la posibilidad de transformar la atención a la salud mental y las instituciones y prácticas instauradas alrededor de la discapacidad, la CDPD puede llegar a transformar la manera como las personas diagnosticadas se perciben, se subjetivan, lo que supondría, al fin y al cabo, un cambio profundo en la sociedad y en las propias personas diagnosticadas, una verdadera revolución de los imaginarios colectivos.

## BIBLIOGRAFÍA

- FOUCAULT, M. *Historia de la locura en la época clásica*. Paris: Plon, 1961.
- FOUCAULT, M. *El poder psiquiátrico*. Madrid: Akal, 2005.
- HACKING, I. “The looping effects of humand kinds”. En D. Sperber, D. Premack, & A. J. Premack (Eds.), *Causal cognition: a multidisciplinary debate* (pp. 45–66). Oxford Scholarship Online, 2012.
- HUERTAS, R. “En torno a la construcción social de la locura: Ian Hacking y la historia cultural de la psiquiatría”. En *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(3), 437–456, 2011.
- VILÀ, T. “De la subnormalidad a la diversidad funcional”. En *Políbea*, 100, 2011.

## **II. LA PERSPECTIVA ASISTENCIAL**

## EUTANASIA Y/O SUICIDIO MÉDICAMENTE ASISTIDO. ¿INCOMPATIBLE CON LOS TRASTORNOS MENTALES?

Sergio Ramos  
Bernabé Robles

### Resumen

---

Este artículo quiere reflexionar de manera crítica sobre la posibilidad de que un paciente con un trastorno mental solicite la eutanasia y/o el suicidio médicamente asistido. Para ello, vamos a detenernos en tres conceptos fundamentales para la aceptación —en aquellos países donde se permiten— de tales procedimientos médicos, como son la *competencia*, el hecho de que sea una *patología incurable* y que la persona esté en una situación de *sufrimiento insoportable*. En segundo lugar, analizamos el caso de la depresión crónica resistente a los tratamientos, dándose argumentos a favor y en contra de una demanda eutanásica. Esto nos llevará a analizar con detalle el argumento de la *pendiente resbaladiza*, viendo si, en efecto, es o no *un argumento*.

**Palabras clave:** eutanasia, suicidio médicamente asistido, salud mental.

---

### 1. Introducción

Este trabajo pretende ser una ampliación y aclaración de un artículo que será publicado en breve en la Revista Folia Humanista<sup>20</sup>. Allí analizábamos la controversia de la *gestión de la propia vida y los trastornos mentales*, haciendo principal énfasis en las personas que padecen trastornos mentales. Nuestra finalidad residía en reflexionar sobre si la presencia de un trastorno mental, por sí solo, es un criterio relevante en la toma de decisiones sanitarias con impacto en la vida biológica. Partíamos del criterio de competencia para la toma de decisiones clínicas, como el barómetro para medir la petición. Finalizábamos el trabajo dando argumentos tanto a favor como en contra sobre la posibilidad de que un paciente con una depresión

---

<sup>20</sup> Ramos S., y Robles B., *La gestión de la propia vida y los trastornos mentales*. Revista Folia Humanista. En prensa. Muchas de las ideas expuestas en el presente artículo tienen origen en ese artículo. Así pues, para una mayor comprensión de nuestra postura que a continuación expondremos, se recomienda su lectura.

crónica y resistente a los fármacos, pero con competencia para tomar decisiones, solicitara eutanasia o suicidio médicamente asistido.

Pues bien, en este artículo defenderemos las mismas ideas, partiendo de lo allí dicho. Ahora bien, en primer lugar y, basándonos en una definición de eutanasia, haremos especial énfasis en las variables “patología incurable” y “sufrimiento insoportable”. La finalidad, por lo tanto, será la de entender y comprender mejor, así como la de aceptar-rechazar de manera más rigurosa las peticiones de eutanasia y/o suicidio médicamente asistido.

En segundo lugar, reflexionaremos en torno a la posibilidad de que se dé o no —y en tal caso, si es lícito o no— el argumento de la *pendiente resbaladiza*.

## **2. Algunas aclaraciones conceptuales: competencia, patología incurable, y sufrimiento insoportable**

Cuando hacemos alusión a la *eutanasia* nos referimos a aquellos procedimientos médicos realizados a petición expresa, reiterada en el tiempo y *competente* de un paciente que padece una enfermedad incurable que le produce un *sufrimiento inaceptable e intratable*, y que tiene por objetivo poner fin a su vida biológica de manera eficaz, segura y directa. Por su parte, el suicidio médicamente asistido tiene la misma finalidad, con la excepción de que el profesional proporciona sólo los medios (intelectuales y/o materiales) para que el paciente pueda llevar a cabo el acto<sup>21</sup>.

A continuación, analizaremos tres aspectos que se mencionan en tal definición y que, sostenemos, son la base para la aceptación-rechazo de peticiones eutanásicas o de suicidio médicamente asistido, a saber: *competencia*, *patología incurable*, y *sufrimiento insoportable*. Veámoslas.

Al referirnos a la “competencia” hacemos mención a que es el “estado de un paciente que puede, legítimamente, participar en la toma de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad, porque posee las aptitudes y

<sup>21</sup> Gómez-Sancho M., Altisent J., Bátiz L., Ciprés P., Corral J., González J., et al. *Atención médica al final de la vida. Conceptos*. Rev Soc Esp Dolor. 2010;17(3):177-179; y Simón P., Barrios I., Alarcos F., Barbero J., Couceiro A., y Hernando P. *Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras*. Rev Calidad Asistencial. 2008;23(6):271-85.

habilidades psicológicas necesarias para garantizar que su decisión es expresión de un grado suficiente de autonomía personal”<sup>22</sup>.

Pues bien, se requiere un análisis riguroso sobre la competencia para la toma de decisiones en aquellas decisiones controvertidas si deseamos respetar a los pacientes para que tomen decisiones responsables y coherentes, así como evitar un *hiperautonomismo*, es decir, dejar de manera decidir al paciente sin asesoramiento ni conocimientos suficientes de la situación clínica, al precio de su bienestar<sup>23</sup>.

Creemos que una de las mejores metodologías para valorar el grado de competencia es el *MacArthur Competence Assessment Treatment (McCAT-T)*<sup>24</sup>. Se trata de una entrevista semiestructurada que analiza las áreas de *comprensión, apreciación, razonamiento y elección de una decisión*.

Pese a ser una buena herramienta, opinamos que es sensato tomar algunas premisas para no incurrir en falacias y/o discriminaciones a la hora de valorar la competencia de los pacientes<sup>25</sup>. Deberíamos tener una cierta cautela en varios aspectos. a) Presuponer que los pacientes son competentes para la toma de decisiones, salvo en situaciones muy evidentes; b) su valoración ha de estar enfocada a una tarea específica, un contexto concreto y un momento determinado; c) la competencia puede ser fluctuante; d) la gravedad de la decisión determina el “grado” de competencia exigible; e) la elección A, B... no es “incompetente”, quien está o no competente es una persona y para una decisión concreta; y f) las herramientas que se utilicen para valorar la competencia sólo vendrán a ser consideradas como un instrumento más.

Aunque puede ser muy discutible este enfoque de la competencia y su correspondiente valoración, sólo deseamos dejar constancia sobre qué puede implicar y definir dicho término.

---

<sup>22</sup> Simón P. *El consentimiento informado*. Madrid: Triacastela; 2000. P. 337.

<sup>23</sup> Villagrán J., Ruiz-Granados I., y González-Saiz F. *El proceso de decisión compartida en el tratamiento del paciente psiquiátrico: estudios empíricos y evaluación de la capacidad*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2014;34(123):491-506.

<sup>24</sup> Appelbaum P. *Assessment of patients' competence to consent to treatment*. N Engl J Med 2007;357:1834-40.

<sup>25</sup> Ramos S., y Robles B., *La gestión de la propia vida y los trastornos mentales*. Revista Folia Humanista. En prensa.

Ahora bien, hay otros conceptos en la definición de eutanasia y suicidio médicamente asistido que pueden ser de gran importancia para una mayor comprensión y/o aceptación. Estos son los casos de patología “incurable” y de “sufrimiento insoportable”. No obstante, no queda claro, ni en las legislaciones que permiten tales actuaciones médicas ni en la literatura científica, si es preciso que se den ambas variables de manera simultánea o que si, por el contrario, bastase sólo una (y en tal caso, ¿cuál debería prevalecer?).

El primer concepto que queremos analizar es el de “patología incurable”. Sostenemos que “patología incurable” *no debería ser necesariamente una patología terminal*, con lo cual permitiría que más personas tuviesen derecho a pedir tales demandas de auxilio —con el posible peligro de la *pendiente resbaladiza* que ello implica—, siempre y cuando cumplan con los criterios establecidos. De hecho, para ser más precisos, debería ser aún más prioritaria, desde un punto de vista ético, esa aceptación de petición por parte de una persona en situación no terminal, pues casi total certeza estará más tiempo con el *sufrimiento insoportable*.

En cualquier caso, en los intentos de definir qué patologías son o no incurables, la *Dutch Psychiatric Association*, desde una visión más integral, reivindican que cada opción terapéutica ha de compartir los siguientes criterios: 1) ha de ofrecer una real perspectiva de mejora; 2) ha de ser posible la administración de un tratamiento adecuado en un período razonable de tiempo; y 3) ha de haber un balance razonable entre los resultados esperados y las cargas de las consecuencias del tratamiento para el paciente<sup>26</sup>.

Si una propuesta terapéutica no puede proporcionar estos criterios para una condición patológica, cabe replantearse si hay o no opciones viables de tratamientos, esto es, si hemos de considerarla como “intratable” o no.

Por último, en cuanto al “sufrimiento insoportable”, distinguiremos, aunque sea breve y de manera conceptual, entre “dolor” y “sufrimiento”. El Diccionario de la Real Academia Española define “dolor” como “sensación molesta y aflictiva de

---

<sup>26</sup> cit. por Thienpont L., Verhofstadt M., Van Loon T., Distelmans T., Audenaert, K., y De Deyn P. *Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study*. BMJ Open 2015;5:e007454. doi:10.1136/bmjopen-2014-007454.

una parte del cuerpo por causa interior o exterior”; y también “sentimiento de pena y congoja”. Por su parte, “sufrimiento” es comprendido como “padecimiento, dolor y pena”.

En cuanto al “dolor”, parece enfocarse a cuestiones biológicas (cuerpo) aunque la segunda interpretación deja la puerta abierta a otras variables (psicológicas, espirituales, etc.). En relación al “sufrimiento” no especifica ninguna variable fisiológica.

Ahora bien, esta distinción no es nítida, ni tan siquiera de un modo conceptual. Algunos autores incluso alegan que todo dolor es, por definición, parte del sufrimiento, ya que constituye una frustración de las tendencias inherentes de nuestro propio ser<sup>27</sup>. Y aquí reside una gran dificultad, pues, tal y como han recogido algunos críticos<sup>28</sup>, este término entraña la dificultad de distinguirlo del concepto “dolor”. En efecto, resulta una tarea ardua medir y/o definir satisfactoriamente de manera universal (objetiva) ni tan siquiera mediante categorías. Además, el sufrimiento remite a una gran variedad de experiencias, las cuales están relacionadas con el contexto (cultural y social) que determinan las posibles interpretaciones.

No es nuestra intención realizar una exposición defendiendo o contradiciendo dicha tesis, sino más bien poner énfasis en el hecho de que tanto el dolor como el sufrimiento pueden ser motivos sustanciales, que alegan tanto profesionales como pacientes, para considerar una petición de eutanasia y/o suicidio médicamente asistido. Pese a ello, sí que deseamos analizar con más detalle el “sufrimiento insoportable”.

A primera instancia, podríamos aludir a que el término “insoportable” se refiere a una condición subjetiva, algún contexto que el propio paciente no

---

<sup>27</sup> Este es el caso de Stan van Hooft quien realiza una crítica a los *Fines de la Medicina* del Hastings Center (disponible en: <https://www.fundaciogrifols.org/ca/web/fundacio/-/11-los-fines-de-la-medicina-the-goals-of-medicine->), y en particular al segundo “fin”: *el alivio del dolor y el sufrimiento causados por males*. Para ello, el autor se basa en una perspectiva aristotélica que considera que tanto el dolor como la discapacidad son formas de sufrimiento. Stan van Hooft. *Suffering and the goals of medicine*. Medicine, Health Care and Philosophy. 1998;1:125–131.

<sup>28</sup> Cabòs J. *Fenomenología del sufrimiento. Por una comprensión filosófica a partir de la obra de Arthur Schopenhauer*. Tesis doctoral. Universitat de Barcelona. 2013.

considera digno de ser vivido porque le provoca mucho padecimiento. Sin embargo, es obvio que resulta muy difícil objetivar esta perspectiva porque contempla variables “bio-psico-sociales” con diferentes connotaciones. Incluso podemos observar cómo entre los diversos afectados por la decisión (profesionales, familia del paciente y el propio paciente) se dan una multitud de motivaciones y maneras diferentes de concebir la situación.

En cuanto a la definición en sí, Marianne Dees et al<sup>29</sup> proponen que se trata de un sufrimiento insoportable aquella experiencia profundamente personal de una actual o inminente amenaza a la integridad o vida de una persona, la cual tiene una duración significativa y un lugar central en la mente (*mind*) de la persona.

Eric Cassell<sup>30</sup> también pone el acento en la amenaza a la integridad y/o la existencia de la persona, lo cual requiere una percepción tanto del futuro como del pasado. Y esto sólo se puede conocer si se pregunta a la propia persona. Esto le lleva a indicar unas características muy concretas, a saber<sup>31</sup>:

1. *El sufrimiento es personal*: no abarca únicamente la angustia en sí, sino también su significado. Y, sobre todo, es algo que le ocurre a las personas y no a los cuerpos.
2. *El sufrimiento es individual*: aquello que causa sufrimiento a una persona puede no infligirle a otra.
3. *El sufrimiento siempre implica un conflicto con uno mismo*: una persona puede ceder ante el sufrimiento, mientras que otra opte por combatirlo. Esto podría conllevar que la persona intente desear ser como otra, es decir, aquel que optase por sucumbir ante el dolor pero en el fondo desearía ser más fuerte y luchar.

---

<sup>29</sup> Marianne Dees, Myrra Vernooij-Dassen, Wim Dekkers y Chris van Weel. *Unbearable suffering of patients with a request for euthanasia or physician-assisted suicide: an integrative review*. *Psycho-Oncology*. 2010;19:339–352.

<sup>30</sup> Cassell E. *The nature of suffering and the goals of medicine*. *N Engl J Med*. 1982;306:639-45.

<sup>31</sup> Cassell E. *La persona como sujeto de la medicina*. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. 19. Pág. 37. Disponible en: <http://www.fundaciogrifols.org/ca/web/fundacio/-/19-the-person-as-the-subject-of-medicine>



4. *El sufrimiento siempre implica la pérdida de un objetivo fundamental:* en situaciones de sufrimiento, las personas focalizan su atención en la raíz del sufrimiento.
5. *El sufrimiento siempre es solitario:* tiene su origen dentro del individuo y difícilmente es compartido con otros.

Dees M. et al.<sup>32</sup> han sugerido una aproximación a la concepción de “sufrimiento insoportable” y se centran en la experiencia personal, subjetiva, de una amenaza inminente, real o supuesta para la integridad o la vida de la persona, que tiene una duración significativa y un lugar central en la mente de la persona.

Ahora bien, es frecuente hallar en la bibliografía que ese sufrimiento implica más variables. Por ejemplo, Marianne K Dees, et al.<sup>33</sup> consideran que pueden contemplarse cuestiones biológicas, psicológicas-emocionales, socio-ambientales, y existenciales o espirituales. Para ello, esbozan hasta veintiuna *categorías*<sup>34</sup> distribuidas entre dichas variables.

Así pues, se mencionan cuestiones de fatiga, dolor, rechazo, sentimientos negativos, pérdidas del propio *yo*, miedos de futuros sentimientos, dependencia, desesperanza, pérdida de autonomía, sentimientos de ser una carga, soledad, etc. En dicho estudio, se confirma que la variable más repetida por los pacientes es la desesperanza, lo cual indica el fuerte componente subjetivo y psicológico. A su vez, los sufrimientos derivados de aspectos médicos son menos importantes para los pacientes.

---

<sup>32</sup> Dees M., Vernooij-Dassen M., Dekkers W., et al. *Unbearable suffering of patients with a request for euthanasia or physician-assisted suicide: an integrative review*. *Psychooncology* 2009;19:339–352.

<sup>33</sup> Marianne K Dees, Myrra J Vernooij-Dassen, Wim J Dekkers, Kris C Vissers, y Chris van Weel. *‘Unbearable suffering’: a qualitative study on the perspectives of patients who request assistance in dying*. *J Med Ethics*. 2011;37:727-734.

<sup>34</sup> En este artículo haremos referencia expresa al contexto de la salud mental, por eso pensamos que es importante señalar algunos de los aspectos psicológicos-psiquiátricos que se mencionan en ese trabajo. Algunos de ellos son: pérdida de control emocional, pérdida de emociones, insomnio, despersonalización, ideas suicidas, depresión, crisis de identidad, miedos, etc.

El estudio de Marianne Dees et al.<sup>35</sup> también examina variables “bio-psico-sociales” en términos de dolor, debilidad, afectación funcional, dependencia, sentimientos de carga para los otros, desesperanza, indignidad, deterioro intelectual, percepción de pérdida de sí mismo y de autonomía, y sentimientos de estar cansados de vivir. En cualquier caso, indican que el punto central en el que el sufrimiento se convierte en insoportable es algo subjetivo, guardando una estrecha relación con la personalidad, su historia de vida, factores sociales y motivaciones existenciales.

Ahora bien, pese a que la bibliografía ha detectado estas variables como algo “fiable”, de un modo reiterado hallamos que no hay un acuerdo entre pacientes y profesionales sobre qué constituye esencialmente un sufrimiento insoportable<sup>36</sup>. En efecto, cuando se hace mención a ese sufrimiento, los pacientes ponen más énfasis en el sufrimiento “psico-social” (miedo a la dependencia, no poder participar en las actividades de la vida cotidiana, sufrimiento mental debido al deterioro físico, etc.), mientras que los profesionales sanitarios se centran en las cuestiones biológicas (dolor severo). Además, los profesionales piden a los pacientes coherencia con sus actos (ha de actuar de tal manera que sus actos denoten “sufrimiento”). Sea como fuere, esta discrepancia ya indica que tanto pacientes como profesionales ponen el acento en distintas variables, lo que implica, por consiguiente, una discrepancia conceptual.

Ahora bien, también esa desavenencia puede ser una oportunidad para generar un diálogo, sincero y empático, para observar esos valores que subyacen, esos “valores ocultos” que propician una relación asistencial más humana y sincera<sup>37</sup>.

Lo importante en las peticiones de eutanasia y/o suicidio médicamente asistido es la de valorar la argumentación y consistencia de los argumentos

---

<sup>35</sup> Marianne Dees, Myrra Vernooij-Dassen, Wim Dekkers y Chris van Weel. *Unbearable suffering of patients with a request for euthanasia or physician-assisted suicide: an integrative review*. *Psycho-Oncology*. 2010;19:339–352.

<sup>36</sup> H R W Pasman, M L Rurup, D L Willems, B D Onwuteaka Philipsen. *Concept of unbearable suffering in context of ungranted requests for euthanasia: qualitative interviews with patients and physicians*. *BMJ* 2009;339:b4362. doi: 10.1136/bmj.b4362

<sup>37</sup> Broggi M. *Gestión de los «valores ocultos» en la relación clínica*. *Med Clin (Barc)*. 2003;121(18):705-9.

aportados por los pacientes. Y es que es significativo tener claro que la tarea de la bioética —y, por tanto, el de la toma de decisiones clínicas en situaciones de incertidumbre— ha de ser la de valorar el cómo y el por qué una persona hace tal petición. En ningún caso, los clínicos deberían cuestionar los valores de la persona.

Una persona puede estar en una situación clínica que le conlleve mucho sufrimiento y que condicione su proyecto de vida, hasta tal punto que en el fondo reivindique una condición digna (en ese caso, una muerte digna).

## **2. Sobre la petición de eutanasia-suicidio médicamente asistido en pacientes con depresión crónica y resistente a los tratamientos**

En países como por ejemplo Bélgica, Holanda o Luxemburgo está permitida la eutanasia, mientras que en algunos estados norteamericanos (Oregon, Montana, etc.) el suicidio asistido está despenalizado. Las definiciones sobre dichos actos suelen ser muy parecidas<sup>38</sup>.

Ahora bien, sostenemos que todo intento de definir tanto la eutanasia como el suicidio médicamente asistido debería compartir dichos criterios terminológicos. Que tengan que darse los criterios de “patología intratable” y “sufrimiento considerable” es algo que no se ha establecido como decisivo. Opinamos que, de manera forzosa, han de darse las dos variables. Por un lado, deberíamos intentar tratar la patología —desde una perspectiva razonada y razonable, con posibilidades reales de logro y durante un tiempo sensato— para ver si así disminuye el sufrimiento. Por otro, sería preciso poner más atención a cómo y por qué la persona está sufriendo, pues esto podría ser más difícil reducir o eliminar. Dicho sufrimiento podría tener connotaciones bio-psico-sociales, de modo que se tendría que analizar cómo afecta y si es posible hacer algo al respecto con lo que paliarlo.

En qué pongamos el acento —si es preciso ambos o si sólo uno— puede hacer aparecer el argumento de la *pendiente resbaladiza*, ya que podrían darse

---

<sup>38</sup> Para una mayor comprensión sobre dichas legislaciones, véase la web [https://www.eutanasia.ws/eutanasia\\_suicidio.html](https://www.eutanasia.ws/eutanasia_suicidio.html)

aceptaciones de eutanasia y suicidio médicamente asistido en personas que quizás no deberían<sup>39</sup>.

A nuestro juicio, este argumento resulta falaz, siendo más un “mito” que no una realidad<sup>40</sup>. La pendiente resbaladiza sostiene que si aceptamos A (aceptable desde un punto de vista ético), se producirían de manera irremediable B, C, D, etc., (que serían reprochables). Pues bien, si delimitamos de manera consistente qué entendemos por eutanasia y/o suicidio médicamente asistido, no necesariamente se deberían aceptar casos que no sean iguales<sup>41</sup>. Ahora bien, sería irreal sostener que con una legislación y clasificación aún más precisa sobre qué significa y bajo qué condiciones se tuviesen que cumplir esos supuestos prácticos, jamás se aceptarían prácticas eutanásicas que pudiesen ser censurables desde un punto de vista ético<sup>42</sup>. Quizás lo interesante de esta cuestión no es si hay o no un aumento, sino si son o no legítimas tales peticiones. En tal caso, lo que podría ser criticable sería la decisión —no la eutanasia— del profesional. Por eso, también podría ser muy útil una legislación que reconociese un proceso mucho más transparente, justificando y notificando a qué persona se le aplica (y dejando claro que cumple con los criterios

---

<sup>39</sup> En Holanda se debate sobre la posibilidad de que personas ancianas por motivos de “cansancio vital” o personas que tienen un “sufrimiento psíquico insoportable” pero que carecen de alguna enfermedad, puedan recibir prácticas eutanásicas. Esta es una cuestión que en realidad no está cerrada, pero sí que precisa de un análisis muy riguroso de los casos concretos, ya que se podría aplicar el argumento de la pendiente resbaladiza. Bolt E., Snijdewind M, Willems D, van der Heide, y Onwuteaka-Philipsen B. *Can physicians conceive of performing euthanasia in case of psychiatric disease, dementia or being tired of living?* [J Med Ethics](#). 2015;41(8):592-8.

<sup>40</sup> Ramos S. *El mito del argumento de la pendiente resbaladiza en la eutanasia*. Formación Médica Continuada. 2015;22(9):497-501.

<sup>41</sup> Para una excelente presentación y argumentación sobre cómo funciona el argumento, de los peligros que conlleva y las dificultades, véase Cuervo M., Rubio M., Altisent R., Rocafort J. y Gómez M. *Investigación cualitativa sobre el concepto de eutanasia, entre médicos españoles*. Rev Calid Asist. 2016;31(1):18-26; y Ortega I. *La pendiente resbaladiza. ¿Ilusión o realidad?* *Annales Theologici*. 2003;17:77-124.

<sup>42</sup> No resulta fácil poder demostrar que en aquellos países donde hay una despenalización de la eutanasia o el suicidio médicamente asistido el argumento de la pendiente se cumple o no, al menos a nivel fáctico. Por un lado, el estudio de Van der Heide A, et al., (*End-of-life Practices in the Netherlands Under the Euthanasia Act*. *The New England Journal of Medicine*. 2007;356:1957-65) constató que no hubo ese aumento de peticiones de tales prácticas clínicas, aunque en otros estudios más recientes, como son los de Snijdewind M., et al. (*A Study of the First Year of the End-of-Life Clinic for Physician-Assisted Dying in the Netherlands*. [JAMA Intern Med](#). 2015;175(10):1633-40.) y Dierickx S., et al., (*Comparison of the Expression and Granting of Requests for Euthanasia in Belgium in 2007 vs 2013*. [JAMA Intern Med](#). 2015;175(10):1703-6.), sí parece cumplirse dicho aumento.

bio-psico-sociales que permiten dichas prácticas) y por qué razones es justificable su aplicabilidad.

Sea como fuere, habría que tener en cuenta unas variables que pueden hacer llegar a entender el mecanismo de la pendiente, sin que por ello resulte necesariamente un hecho malo.

Por un lado, hay que tener en cuenta que en el momento en el que se despenaliza una práctica médica que algunas personas están esperando, resulta obvio que habrá un pico de demandas de petición de ayuda. Esto no será malo, sino sólo la constatación de que todas las personas que compartan los criterios se podrán aferrar a esa oportunidad. En tal caso, ese aumento no indicaría nada sobre la maldad de la praxis médica.

Por otro, hay muchos temores de que, a pacientes psiquiátricos (como por ejemplo demencia<sup>43</sup>; o depresión crónicas y resistentes a tratamientos<sup>44</sup>), se practiquen estas prácticas, lo que constataría el “deslizamiento” por la pendiente. Tal y como entendemos por eutanasia y suicidio médicamente asistido en este artículo, el diagnóstico psiquiátrico no implica *de suyo* que no puede pedir dicha demanda.

En efecto, en ambos casos deberíamos evitar la aceptación de peticiones de personas con depresión aguda o duelo intenso reciente, ya que encontrarán muchas dificultades para pasar el umbral de la evaluación de la competencia, ni tampoco la reiteración de dicha demanda. Además, es obvio que para tales situaciones, es tangible la posibilidad de poder llevar a cabo algún tipo de tratamiento (farmacológico, psicológico, etc.) con ciertas garantías de éxito.

Ahora bien, para el resto de patologías psiquiátricas, los requisitos imprescindibles deberían ser los mismos que para cualquier otra enfermedad. Por el contrario, estaríamos discriminando a una persona sólo por el mero hecho de tener

---

<sup>43</sup> Beaufor I., y Van de Vathorst S., *Dementia and assisted suicide and euthanasia*. [J. Neurol.](#) 2016; 263:1463–146; y Dierickx S., Deliens L., Cohen J., y Chambaere K. *Euthanasia for people with psychiatric disorders or dementia in Belgium: analysis of officially reported cases*. *BMC Psychiatry*. 2017;17:203. DOI 10.1186/s12888-017-1369-0

<sup>44</sup> Schuklenk U., y Van de Vathorst S. *Treatment-resistant major depressive disorder and assisted dying*. *J Med Ethics* 2015;41:577–583; Den Hartogh G. *Why extra caution is needed in the case of depressed patients*. *J Med Ethics* 2015;41:588–9; y Cowley C. *Treatment-resistant major depressive disorder and assisted dying*. *J Med Ethics*. 2015;41:585–6; y Blikshavn T., Lossius Husum T., y Magelssen M. *Four Reasons Why Assisted Dying Should Not Be Offered for Depression*. *Bioethical Inquiry*. 2017;14:151–157.

un diagnóstico psicopatológico. Esto implica una rigurosa evaluación del “caso por caso” y quizás habría que poner más énfasis en la valoración de la competencia de la persona para dejar claro si la persona puede o no puede tomar decisiones por sí misma.

En particular, esta cuestión ha sido introducida en el debate sobre la eutanasia y el suicidio médicamente asistido en pacientes con depresión crónica, sin respuesta al tratamiento, con un sufrimiento insoportable, el cual ha sido prolongado durante años y que solicitan dichas prácticas médicas. A modo de resumen, quienes rechazan tal petición se aferran a: a) la carencia de competencia para la toma de decisiones; b) la posibilidad de hallar en un futuro nuevos tratamientos más efectivos; y c) la posibilidad de haber sido mal diagnosticado y por tanto haber errado en el abordaje terapéutico. Se podría argüir, incluso, que antes de aceptar la eutanasia, la persona —desde su libertad y competencia— tiene la opción de suicidarse, dejando de condicionar ni obligar a los profesionales a cometer un acto que, quizás, no compartan.

Los partidarios de aceptar estas prácticas médicas consideran: que a) la depresión no *necesariamente* conlleva a la incompetencia para decidir; b) negarle tal derecho por tener “depresión” es estigmatizar y discriminar en base a un diagnóstico; c) esperar a un posible tratamiento más efectivo es condenar al paciente a su situación a expensas de “futuro mejor” que no se sustenta en perspectivas realistas; y d) la calidad de vida está deteriorada, resultando pues indigna.

También el debate ha comenzado a surgir en personas que tienen demencias. En este contexto, la dificultad reside en analizar si es competente o no, y si es voluntario. A su vez, el sufrimiento insoportable que deberíamos analizar reside en el hecho de que en el futuro la persona estará en una situación indigna (cambios conductuales, sin reconocimiento de otros ni de sí, etc.), algo que, al menos *a nivel teórico*, se podría abordar psicológicamente de manera previa, aunque tampoco resultará una tarea sencilla. En este contexto, la elaboración de un documento de voluntades anticipadas o un proceso asistencial basado en la planificación anticipada

de las decisiones puede ser una gran oportunidad para abordar algunas futuras situaciones socio-sanitarias indeseables<sup>45</sup>.

Como decíamos, en estos países es una oportunidad que tienen las personas, pero no todos los pacientes pueden ejercerla, pues han de cumplir de forma precisa con los criterios que cada normativa jurídica recoge. Que queramos ampliar estas prácticas médicas a una mayor variabilidad de pacientes es un tema ético. Que queramos negar el derecho a las personas por tener un diagnóstico psiquiátrico — sin una justificación debida—, es un tema inmoral. Si algún día tanto la eutanasia como el suicidio médicamente asistido llegan a ser una opción viable en nuestro país, casi con certeza deberemos replantearnos muchas de estas cuestiones.

## Conclusiones

Sostenemos que todo intento de definir tanto la eutanasia como el suicidio médicamente asistido debería compartir dichos criterios terminológicos. Que tengan que darse los criterios de “patología intratable” y “sufrimiento considerable” es algo que no se ha establecido como decisivo. Opinamos que deberían de darse las dos variables. Por un lado, hemos de intentar tratar la patología —desde una perspectiva razonada y razonable, con posibilidades reales de logro y durante un tiempo sensato— para ver si así disminuye el sufrimiento y podemos tratar los signos y síntomas de la enfermedad. Por otro, sería preciso poner más atención a cómo y por qué la persona está sufriendo, pues esto podría ser más difícil reducir o eliminar. Dicho sufrimiento podría tener connotaciones bio-psico-sociales, de modo que se tendría que analizar cómo afecta y si es posible hacer algo al respecto con lo que paliarlo.

Además, toda petición ha de compartir los requisitos inexcusables de que se trate de decisiones voluntarias, reiteradas en el tiempo, y en plena competencia para la toma de decisiones sanitarias.

Sostenemos que en las peticiones de eutanasia y/o suicidio médicamente asistido deberíamos valorar la argumentación y estabilidad de los argumentos

---

<sup>45</sup> Ramos S., y Robles B. *La relación médico-paciente en salud mental: el documento de voluntades anticipadas y la planificación anticipada de las decisiones*. Rehabilitación Psicosocial. 2015;12(1):18-24.

aportados por los pacientes. Para ello, es importante adentrarnos en los motivos, razones y deseos de la persona en cuestión, haciendo un ejercicio crítico de alejamiento, por parte del profesional, de sus propias convicciones.

En esa tarea, no tendríamos que estigmatizar y discriminar a las personas con trastornos mentales sólo por el hecho de tener un diagnóstico clínico. Como a cualquier otro tipo de paciente, se debería evaluar la competencia, la patología incurable y el sufrimiento insoportable. Asimismo, ha de darse una valoración del “caso por caso” y no partir de *a priori*s que discriminan mediante categorías diagnósticas. Y es que rechazar, sin valorar de forma consistente y de manera singular los casos, por miedo a una posible “pendiente resbaladiza”, resulta algo injusto y discriminatorio hacia las personas. Este es el caso de los trastornos mentales, en concreto la depresión crónica y resistente, así como las demencias. Y es que sostenemos que la mayoría de argumentos de sospecha de “pendiente resbaladiza” se basan en que despenalizar la eutanasia es entregar un poder a los médicos sobre la vida y la muerte de los otros; sin embargo, a nuestro juicio, en realidad se trata de darle la opción a los pacientes de poder decidir, aunque también bajo una mirada apoyo y decisión compartida con los profesionales.

Y es que es muy importante tener claro que la tarea de la bioética —y, por tanto, el de la toma de decisiones clínicas en situaciones de incertidumbre— ha de ser la de valorar el cómo y el por qué una persona hace tal petición. En ningún caso, los clínicos deberían cuestionar los valores de la persona.

## BIBLIOGRAFÍA

- APPELBAUM P. *Assessment of patients' competence to consent to treatment*. N Engl J Med; 357:1834-40, 2007.
- BEAUFOR I., Y VAN DE VATHORST S., *Dementia and assisted suicide and euthanasia*. [JNeurol.](#); 263:1463–146, 2016.
- BLIKSHAVN T., LOSSIUS HUSUM T., Y MAGELSEN M. *Four Reasons Why Assisted Dying Should Not Be Offered for Depression*. Bioethical Inquiry; 14:151–157, 2017.



- BOLT E., SNIJDEWIND M, WILLEMS D, VAN DER HEIDE, Y ONWUTEAKA-PHILIPSEN B. *Can physicians conceive of performing euthanasia in case of psychiatric disease, dementia or being tired of living?* [J Med Ethics](#);41(8):592-8, 2015.
- BROGGI M. *Gestión de los «valores ocultos» en la relación clínica.* *Med Clin (Barc)*;121(18):705-9, 2003.
- CABÒS J. *Fenomenología del sufrimiento. Por una comprensión filosófica a partir de la obra de Arthur Schopenhauer.* Tesis doctoral. Universitat de Barcelona. 2013.
- CASSELL E. *The nature of suffering and the goals of medicine.* *N Engl J Med*; 306:639-45, 1982.
- CASSELL E. *La persona como sujeto de la medicina.* Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. 19. Pág. 37. Disponible en: <http://www.fundaciogrifols.org/ca/web/fundacio/-/19-the-person-as-the-subject-of-medicine>.
- COWLEY C. *Treatment-resistant major depressive disorder and assisted dying.* *J Med Ethics*; 41:585–6, 2015.
- CUERVO M., RUBIO M., ALTISENT R., ROCAFORT J. Y GÓMEZ M. *Investigación cualitativa sobre el concepto de eutanasia, entre médicos españoles.* *Rev Calid Asist*; 31(1):18-26, 2016.
- DEES M., VERNOOIJ-DASSEN M., DEKKERS W., ET AL. *Unbearable suffering of patients with a request for euthanasia or physician-assisted suicide: an integrative review.* *Psychooncology*; 19:339–352, 2009.
- DIERICKX S., ET AL., (*Comparison of the Expression and Granting of Requests for Euthanasia in Belgium in 2007 vs 2013.* [JAMA Intern Med](#);175(10):1703-6.), 2015.
- DIERICKX S., DELIENS L., COHEN J., Y CHAMBAERE K. *Euthanasia for people with psychiatric disorders or dementia in Belgium: analysis of officially reported cases.* *BMC Psychiatry*; 17:203. DOI 10.1186/s12888-017-1369-0, 2017.
- GÓMEZ-SANCHO M., ALTISENT J., BÁTIZ L., CIPRÉS P., CORRAL J., GONZÁLEZ J., ET AL. *Atención médica al final de la vida. Conceptos.* *Rev Soc Esp Dolor* ;17(3):177-179, 2010.
- DEN HARTOGH G. *Why extra caution is needed in the case of depressed patients.* *J Med Ethics*;41:588–9, 2015.
- MARIANNE K DEES, MYRRA J VERNOOIJ-DASSEN, WIM J DEKKERS, KRIS C VISSERS, Y CHRIS VAN WEEL. *'Unbearable suffering': a qualitative study on the perspectives of patients who request assistance in dying.* *J Med Ethics*; 37:727-734, 2011.
- ORTEGA I. *La pendiente resbaladiza. ¿Ilusión o realidad?* *Annales Theologici*;17:77-124, 2003.
- H R W PASMAM, M L RURUP, D L WILLEMS, B D ONWUTEAKA PHILIPSEN. *Concept of unbearable suffering in context of ungranted requests for euthanasia: qualitative*

- interviews with patients and physicians*. BM; 339:b4362. doi: 10.1136/bmj.b4362, 2009.
- RAMOS S. *El mito del argumento de la pendiente resbaladiza en la eutanasia*. Formación Médica Continuada; 22(9):497-501, 2015.
- RAMOS S., Y ROBLES B., *La gestión de la propia vida y los trastornos mentales*. Revista Folía Humanista.
- RAMOS S., Y ROBLES B. *La relación médico-paciente en salud mental: el documento de voluntades anticipadas y la planificación anticipada de las decisiones*. Rehabilitación Psicosocial; 12(1):18-24, 2015.
- SCHUKLENK U., Y VAN DE VATHORST S. *TREATMENT-RESISTANT MAJOR DEPRESSIVE DISORDER AND ASSISTED DYING*. J Med Ethics;41:577–583, 2015.
- SIMÓN P., BARRIOS I., ALARCOS F., BARBERO J., COUCEIRO A., Y HERNANDO P. *Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras*. Rev Calidad Asistencial. 23(6):271-85, 2008.
- SIMÓN P. *El consentimiento informado*. Madrid: Triacastela; 2000. P. 337.
- SNIJDEWIND M., ET AL. (*A Study of the First Year of the End-of-Life Clinic for Physician-Assisted Dying in the Netherlands*. [JAMA Intern Med.](#);175(10):1633-40.), 2015.
- STAN VAN HOOFT. *Suffering and the goals of medicine*. Medicine, Health Care and Philosophy. 1998;1:125–131.
- THIENPONT L., VERHOFSTADT M., VAN LOON T., DISTELMANS T., AUDENAERT, K., Y DE DEYN P. *Euthanasia requests, procedures and outcomes for 100 Belgian patients suffering from psychiatric disorders: a retrospective, descriptive study*. BMJ Open; 5:e007454. doi:10.1136/bmjopen-2014-007454, 2015.
- VAN DER HEIDE A, ET AL., *End-of-life Practices in the Netherlands Under the Euthanasia Act*. The New England Journal of Medicine.;356:1957-65), 2007.
- VILLAGRÁN J., RUIZ-GRANADOS I., Y GONZÁLEZ-SAZ F. *El proceso de decisión compartida en el tratamiento del paciente psiquiátrico: estudios empíricos y evaluación de la capacidad*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría;34(123):491-506, 2014.

## DISFORIA DE GÉNERO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES. ASPECTOS ÉTICOS IMPLICADOS EN SU CATEGORIZACIÓN Y EN SU TRATAMIENTO<sup>46</sup>

Sabel Gabaldón

### Resumen

---

En la transexualidad se evidencia una relación entre el malestar experimentado y el rechazo social sufrido por las personas con expresiones de género diversas, con la intención de que se adecúen a las normas de género vigentes. Este hecho no ha sido tenido en cuenta en la perspectiva médica que ha mantenido actitudes patologizantes. Desde una aproximación ética, se plantea un enfoque despatologizador de la transexualidad y un análisis de las respuestas médicas y sociales en los niños, niñas y adolescentes trans.

**Palabras clave:** transexualidad, disforia de género, identidad de género, infancia, adolescencia, ética.

---

La variabilidad de género, así como los comportamientos de género no normativos, han formado parte de diversas categorías psiquiátricas y con diversas denominaciones: Transexualidad, Trastorno de Identidad de Género, Disforia de Género.

El actual manual sobre enfermedades mentales de la *American Psychiatric Association* (APA-2013) más conocido como DSM-5, define la disforia de género como una “*marcada incongruencia entre el sexo que uno siente o expresa y el que se le asigna*”, y que va asociada a un “malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, escolar u otras áreas importantes del funcionamiento”.

Sin embargo, en las definiciones médicas de disforia de género, el diagnóstico no se pregunta sobre si las normas de género son erróneas. La disforia

---

<sup>46</sup> Esta comunicación es la base del artículo publicado posteriormente por el mismo autor: “La transexualidad medicalizada: una mirada ética”. *Bioética & debat*; 22(79): 3-8, 2016.

se entiende como inherente a la experiencia transexual, tiene como consecuencia un cuestionamiento del individuo que sufriría un trastorno, en lugar de cuestionar la matriz de normatividad en la que se encuentra inmerso y que funciona mediante la exclusión y la coerción de las personas que se salen de la norma.

En la infancia y en la adolescencia, tiene relación con las coacciones y violencias recibidas por los niños y niñas para impedir que expresen conductas no normativas respecto a su género asignado con la intención de mantener un género binario. Deberíamos poner el foco no en el individuo (que es diagnosticado y patologizado) sino en el dispositivo de control que ejerce violencia contra las personas cuya identidad o expresión de género no normativos cuestionan el sistema de género binario.

Nuestra sociedad y nuestra cultura se han caracterizado por su obcecación, una suerte de ceguera, de falta de inteligencia prudencial, generada por la obstinación de pensar que el ser humano debe responder a una norma de comportamiento, o a una orientación de esta que se conceptúa como su obligación y como normal. Este hecho ha llevado a la sociedad a la necesidad de articular límites, fronteras que delimiten, con la intención de evitar ambigüedades inquietantes, y lo constatamos con los conceptos tanto de género como de identidad.

La transexualidad es un constructo que responde a una concepción antropológica y de la existencia normalizadora, que exalta los modelos estándar de perfección y de las normatividades sociales y subyuga a aquellos que difieren de la mayoría estadística a través de diferentes estrategias, como es patologizando las diferencias.

Sirva como ejemplo lo ocurrido con la homosexualidad que se constituyó (según señala Foucault) como una alteración psiquiátrica, el día en que se la categorizó medicamente en 1870, a raíz de la publicación del famoso artículo de Westphal sobre “Las sensaciones sexuales contrarias” y donde, curiosamente, también se describió el primer caso de transexualismo (sin llegar a definirlo como tal). De esta forma las rarezas del sexo han pasado a depender de una tecnología de la salud y de lo patológico, y desde el momento que se vuelve objeto médico o

medicalizable es, en tanto que enfermedad o síntoma, merecedor de respuestas médicas.

La teoría *queer* se constituye como una crítica a la idea de que las identidades de género son inmutables y encuentran su arraigo en la naturaleza, en el cuerpo y en una heterosexualidad normativa y obligatoria. Nace de las ideas de M. Foucault y posteriormente J. Butler sobre los procesos de subjetivación centrados en la discursividad de la sexualidad, para pasar a convertirse en la elaboración teórica de la disidencia sexual que a través de la resignificación del insulto (*queer*), consigue reafirmar que la opción sexual distinta es un derecho humano y no una mera desviación sexual o una perversión. Los movimientos *queer* denuncian las exclusiones y los efectos de renaturalización de toda política de identidad de género.

En los niños y adolescentes con variabilidad de género, hay un proceso de desarrollo rápido y dramático (tanto físico, como psicológico y sexual), y una mayor fluidez y variabilidad en los resultados, en particular cuando aún no han pasado por la pubertad.

Niños y niñas a partir de los dos años de edad pueden presentar características que podrían indicar comportamientos de género no normativos: expresar deseos de pertenecer al otro sexo y de tener sentimientos de infelicidad respecto sus características físicas sexuales y sus funciones. Los adolescentes que experimentan sus características sexuales primarias y/o secundarias y su sexo asignado al nacer como incompatibles con su identidad de género pueden sentir una intensa angustia al respecto. Según la encuesta realizada por el National Transgender Discrimination Survey en el 2011, el 78% de las personas “no convencionales” en cuanto a su género sufre acoso escolar.

La disforia de género en la infancia no necesariamente continúa en la edad adulta. Esta descrito que, en la mayoría de niños y niñas, los comportamientos de género no normativos desaparecerán antes del comienzo de la pubertad. En los estudios de seguimiento de niños y niñas prepúberes (principalmente niños) que fueron remitidos a las clínicas para evaluación de disforia de género, la disforia persistió hasta la edad adulta en sólo 6-23% de los niños (Cohen-Kettenis, 2001;

Zucker y Bradley, 1995). Sin embargo, en algunos niños y niñas, estos sentimientos se intensifican, y la aversión al cuerpo se desarrolla o aumenta a medida que llegan a la adolescencia y sus características sexuales secundarias se desarrollan. Los datos de un estudio sugieren que la variabilidad de género más extrema en la infancia está asociada con la persistencia de la “disforia de género” en la adolescencia tardía y la adultez temprana.

El proceso de aceptación de la Identidad sexual no es un capricho, es un camino personal conflictivo al que se le suma una importante presión social, estigmatización, discriminación y, en muchas ocasiones violencia que dan lugar a conflictos y síntomas que hay que contener y tratar, pues la ansiedad, el estrés, las depresiones, el suicidio, son más frecuentes en este colectivo.

Pero, ¿qué ocurre con el tratamiento? Justificar la ayuda sanitaria despatologizando la transexualidad se basa en el concepto de la OMS que propone un modelo de salud que no se limita únicamente a la ausencia de enfermedad, sino que debe incluir la presencia de bienestar físico, psíquico y social.

Durante mucho tiempo se creyó que la salud era meramente la ausencia de enfermedad, es decir, que si no hay enfermedad, hay salud; sin embargo, este concepto nos limita a tener en cuenta sólo los factores biológicos, cuando en realidad existen varios factores que intervienen en la salud. En el año 1958, esta definición fue revisada por la OMS, que expuso una nueva propuesta, considerando la salud como el estado de completo bienestar psicológico, físico y social, y no sólo la ausencia de enfermedades o afecciones.

Posteriormente, la OPS (Organización Panamericana de la Salud) dio su propio punto de vista acerca de qué es la salud, concluyendo en que es un estado diferencial de los individuos en relación con el medio ambiente que los rodea. Al decir esto, estamos dando la posibilidad a que un individuo con capacidades diferentes pueda encontrar un equilibrio entre su discapacidad y el desarrollo de actividades, y lograr una adaptación al medio ambiente en que vive.

Uniendo las ideas de la OPS y la OMS se llega a la conclusión de que la salud es un estado de completo bienestar o equilibrio, entre los factores físicos,

psicológicos (mentales), sociales y medioambientales, y uno de los elementos fundamentales que hacen a la calidad de vida.

Las personas transexuales no demandan que se les atienda porque sufren una patología o un trastorno, sino por los obstáculos sociales que encuentran en el libre desarrollo de sus derechos más fundamentales y por el sufrimiento con que tales dificultades llenan sus vidas.

La cuestión es: ¿hasta dónde podemos llegar? A mi entender, hasta donde uno quiera, según la necesidad sentida de cada persona (pero hemos de buscar el equilibrio entre querer, necesidad y autonomía). En este querer o en este decidir debemos velar para que se realice de una manera libre y autónoma, sin injerencias internas o externas, sin convertir su elección en una especie de formación reactiva en la que su única salida sea acomodarse a un género binario socialmente aceptado

Debemos despatologizar la transexualidad. Hay un riesgo y es el que, a nivel social, nos estemos moviendo con criterios de “formación reactiva”, es decir que, ante la intolerancia pasada (y también presente) en estos temas, hagamos un trayecto pendular (marcado por posicionamientos políticos y sociales) que oscila desde actitudes de marcada “intolerancia y rigidez” a posiciones de “indolencia y del todo vale”. Y no caigamos en el error de psiquiatrizar (y medicalizar) temas donde la cultura, la sociedad (con sus rechazos e intolerancias), la familia, la historia, etc., tienen un papel predominante para poderlos entender.

¿Y en la infancia y adolescencia? Si entendemos al niño como un ser en desarrollo y con una variabilidad y plasticidad tanto psicológica como psicopatológica, ¿es adecuado adoptar medidas rígidas y, en algunos casos irreversibles, contrarias a esta variabilidad al asignarle, según sus preferencias, un género y un nombre distintos cuando esta situación, en la mayoría de los casos, puede ser reversible?

Es aplicable la máxima de que lo que no es metodológicamente correcto, no es éticamente aceptable. Bajo esta premisa, pienso que es un buen referente y una adecuada guía de trabajo el documento realizado por la WPATH (*The World Professional Association for Transgender Health*) sobre “Standards of Care: for the health

of transsexual, transgender, and gender nonconforming people”. Este documento se basa en la evidencia clínica y científica y se actualiza periódicamente. Su última revisión se ha realizado en el año 2012 y en las páginas 12 a 23 se encuentran las referencias respecto a la actuación con niños y adolescentes.

Es fundamental una valoración fiable de la variabilidad de género y de los comportamientos de género no normativos en menores, y debe estar apoyada en un seguimiento riguroso y continuo del menor y de su familia, hasta el cumplimiento de su mayoría de edad.

Una vez confirmado el diagnóstico, son esenciales las entrevistas de apoyo al menor y a la familia, con la finalidad de ayudar en el proceso de construcción de la identidad de género sentida. Debemos insistir en el hecho de que no hay una transición adecuada sin un adecuado apoyo a nivel familiar y social (sobre todo escolar).

Considero urgentes las intervenciones desde todos los ámbitos: el educativo, el legislativo, y el de la salud mental para erradicar el rechazo, la violencia y el acoso que pueden recibir estas personas especialmente durante la infancia y adolescencia. Es de desear que sus entornos se conviertan en espacios habitables en los que puedan explorar con seguridad su identidad y expresión de género sin miedo a la violencia.

Hay que constatar que las interferencias en la implementación de intervenciones médicas oportunas para adolescentes (terapia hormonal) pueden prolongar la disforia de género y contribuir a una apariencia que podría provocar abusos y estigmatización. Ya que el nivel de abuso relacionado con el género se asocia fuertemente con el grado de sufrimiento psiquiátrico durante la adolescencia (Nuttbrock et al., 2010).

Parece ineludible hallar un compromiso entre el imperativo terapéutico y la obligación ética de contribuir a la aceptación social de la variabilidad de género. Desde el marco legal, se debería promover la tolerancia social y contribuir a la lucha contra la violencia de género en el espacio público y privado.



El proceso de aceptación de la identidad sexual no es un capricho, es un camino personal conflictivo al que se le suma una importante presión social, estigmatización, discriminación y, en muchas ocasiones, violencia. Estos factores dan lugar a conflictos y síntomas que hay que contener y tratar, pues la ansiedad, el estrés, las depresiones, el suicidio, son más frecuentes en este colectivo. Es responsabilidad de la Administración Pública garantizar la asistencia de la salud sexual de todas las personas de una manera digna, rigurosa y científica.

Propondría el término de “identidades oximorónicas”, quizás un concepto un tanto borgiano, pero útil para definir los aspectos contradictorios, opuestos, distintos que conviven en una misma persona y que rompen los límites y el encuadre social establecido.

Para finalizar, considerar la transexualidad como una situación “peor” y no deseada es la principal causa de discriminación y vulneración de los derechos fundamentales de la persona. El reto es no considerarla una deficiencia, una situación peor y no deseada y verla, simplemente, como una diversidad.

## BIBLIOGRAFÍA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. “Gender dysphoria”. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 451-459, 2013.
- ASENJO-ARAQUE N, ET AL. “Disforia de género en la infancia y adolescencia: una revisión de su abordaje, diagnóstico y persistencia”. *Revista de psicología clínica con niños y adolescentes*. Vol 2. No 1. Enero 2015 – pp 33-36.
- BUTLER J. *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós, 2007.
- COHEN-KETTENIS PT, KLINK D. “Adolescents with gender dysphoria”. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*; 29(3):485-495, 2015.
- FOUCAULT M. *Historia de la sexualidad. Tomo I: La voluntad del saber*. Madrid: Siglo XXI, 2009.
- KENNETH J. ZUCKER, “Gender identity disorder in children and adolescents”. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 1:467– 92, 2005.
- MISSÉ, M., COLL-PLANAS, G. *El género desordenado. Críticas en torno a la patologización de la transexualidad*. Barcelona: Egales, 2010.

- NATIONAL CENTER FOR TRANSGENDER EQUALITY. *A Report of the National Transgender Discrimination Survey*. 2011. Disponible en línea: [http://endtransdiscrimination.org/PDFs/NTDS\\_Exec\\_Summary.pdf](http://endtransdiscrimination.org/PDFs/NTDS_Exec_Summary.pdf)
- NUTTBROCK L, ET AL. “Psychiatric Impact of Gender-Related Abuse Across the Life Course of Male-to-Female Transgender Persons”. *The Journal of Sex Research* Vol. 47, Iss. 1, 2010.
- SOLEY-BELTRAN P. *Transsexualidad y la matriz heterosexual. Un estudio crítico de Judith Butler*. Barcelona: Bellaterra, 2009.
- ZUCKER K.J., “Gender identity development and issues” *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 13, 551– 568, 2004.

## UN CUERPO, UN TRABAJO

*El significado de la dimensión corporal en los programas de inserción laboral de personas con discapacidad y/o en riesgo de exclusión social*

Beatriz Langa

*“Una obra de arte es buena cuando brota de la necesidad”.*  
Rainer Maria Rilke

*“La belleza sirve para entusiasmar en el trabajo, el trabajo para resurgir”.*  
Cyprian Norwi

*“Cuando uno se acostumbra a no conseguir nunca lo que desea ¿sabes lo que pasa? que acaba por no saber incluso qué quiere”.*  
Haruki Murakami

### Resumen

---

Con esta comunicación se proponen tres objetivos: 1) Revisar el papel que tiene el cuerpo, su movimiento, la expresión corporal y el lenguaje no verbal en la atención e intervención en los itinerarios de inserción sociolaboral de personas con discapacidad y/o en riesgo de exclusión social; 2) Reflexionar sobre el significado de la dimensión corporal como función co-creadora de identidad personal y social en el proceso y acto de buscar trabajo y 3) Justificar la necesidad de incluir talleres de trabajo corporal en los itinerarios de inserción sociolaboral.

**Palabras clave:** inserción laboral, discapacidad, cuerpo, movimiento, trabajo corporal.

---

El punto de partida de esta comunicación se basa en mi experiencia<sup>47</sup> en el *Programa de Formación e Inserción Sociolaboral de Cáritas Diocesana de Barcelona (CDB)* y su *Itinerario de inserción sociolaboral*, que tiene una trayectoria de aproximadamente treinta años. Esta experiencia sirve para poder profundizar en cómo el significado del

---

<sup>47</sup> Esta comunicación parte de mi experiencia profesional en 2016 y la he elaborado como una forma de conocimiento basado en la vivencia, observación y participación en el Programa de CDB. No es objeto de estudio su propuesta ni su metodología, sino que sirve para hacer una reflexión conceptual sobre la dimensión corporal en este contexto.

cuerpo de las personas con discapacidad<sup>48</sup> y/o en riesgo de exclusión social<sup>49</sup> puede cobrar sentido con una intervención profesional que tenga en cuenta su dimensión corporal en un itinerario de inserción laboral<sup>50</sup> y cómo dicha intervención puede tener efectos positivos en la mejora de su salud mental.

La cosmovisión de una inserción laboral que establece la referencia en el ser humano pone de manifiesto un abordaje holístico y multidisciplinar, lo cual no es incompatible con la dificultad de dar respuesta a algunas cuestiones que tienen que ver con la complejidad corporal humana en relación a la práctica asistencial diaria. Cuestionar nuestra intervención profesional, al menos, nos hace no simplificar la dimensión corporal de estas personas que llegan a las entidades sociales con una demanda de búsqueda de empleo<sup>51</sup>, de ayuda y/o cambio, ya que ellas también forman parte de una sociedad física, personal y moralmente plural.

El cuerpo puede ser instrumento de transformación, por eso cuando su cuerpo entra en juego vemos que no hay una sola manera de proceder e intervenir en los procesos de inserción laboral. Acompañar su demanda no se hace solamente desde la “cabeza” y el “corazón” si no también desde el “cuerpo”, y pensar en una

---

<sup>48</sup> La Organización Mundial de la Salud (OMS) a través de la Clasificación Internacional de Disminución, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) establece como discapacidad: la discapacidad física, la discapacidad psíquica (que engloba la discapacidad intelectual y el trastorno mental) y la discapacidad sensorial. Del mismo modo, establece diferencias conceptuales entre disminución, discapacidad y minusvalía.

<sup>49</sup> El concepto de exclusión social es multifactorial pero en un contexto de inserción laboral se podría definir como toda persona que no tiene trabajo y que eso supone no tener ingresos suficientes para vivir su cotidianidad (alimentación, vivienda, sanidad, ocio, gastos de luz, agua, calefacción o gastos escolares...). Así, la exclusión laboral se convierte en causa de exclusión social, tanto en población nativa como inmigrante.

<sup>50</sup> El proceso de inserción laboral de las personas con discapacidad, tramitada y reconocida, se lleva a cabo a través de la “Metodología de Empleo con Apoyo”, un modelo de integración laboral que empezó a desarrollarse en Estados Unidos en los años 80. Las personas en riesgo de exclusión social serán beneficiarias de esta metodología dependiendo de si tienen o no discapacidad. Ver: ACTAS (<http://www.actas.cat/docs/El%20Trellall%20amb%20Suport.pdf>)

<sup>51</sup> Todos los itinerarios de inserción laboral acogen la demanda de empleo en un proceso con varias fases que pueden variar dependiendo de la institución que lo lleve a cabo. Tomo como referencia el proceso propuesto por CDB como muestra informativa: 1ª fase-Acogida y orientación laboral (entrevista de valoración); 2ª fase-Formación básica (idioma, alfabetización digital, habilidades personales-sociales y competencias profesionales); 3ª fase-Formación ocupacional (formación de oficios: básicos o profesionalizadora); 4ª fase-Soporte en la contratación (colaboración con empresas de trabajo protegido o contratación dual); 5ª fase-Intermediación e inserción en trabajo no protegido (bolsa de trabajo doméstico, espacio abierto de búsqueda de trabajo o bolsa general de trabajo del servicio de acompañamiento a la ocupación-SAO/*Feina amb cor* (trabajo con corazón).

sola bioética a la hora de proceder quizás quedaría en suspensión. La comunicación se ubica en este espacio suspendido y la basaré en dar respuesta a dos preguntas que planteo: el cuerpo, ¿es un trabajo? y el trabajo, ¿es un cuerpo?, además de ofrecer una propuesta de intervención y sus beneficios.

Como antesala a estas cuestiones se parte del concepto de un ser humano que presenta varias dimensiones, definidas y estudiadas por diferentes autores a lo largo de la historia del arte, la filosofía y la psicología y que conforman aproximaciones a la comprensión del “ser humano” desde una dimensión ética, espiritual, cognitiva, emocional, afectiva, comunicativa, intelectual, interpersonal, estética, social y corporal. Aunque la gran distinción filosófica entre la mente y el cuerpo en el pensamiento occidental puede ser rastreada ya en la antigua Grecia, es a partir del siglo XVI-XVII que la comprensión del ser humano se ha basado en dos dimensiones que han prevalecido y que muestran una dicotomía, fruto del dualismo cartesiano: el cuerpo *versus* el alma, espíritu o mente. Afortunadamente, las nuevas corrientes de pensamiento han hecho que esta concepción cambie a significados que parten del concepto *cuerpomente*, es decir, la proposición de que el cuerpo y la mente se hallan en una relación de interacción recíproca.

El cuerpo, por medio de su movimiento, la gestualidad y la postura, expresa la emoción<sup>52</sup>. Sin embargo, en un sentido inverso, los cambios en el movimiento o la postura pueden llegar a afectar a la persona y a la experiencia de sí misma y del mundo que la rodea. El cuerpo es dimensional, no solo porque forma parte de un todo, sino porque tiene significados diferentes de acuerdo al contexto en el cual se inscribe. Entender la dimensión corporal como un conjunto de potencialidades fundamentales con las cuales se articula el desarrollo integral de una persona, es entender que todas ellas, las otras dimensiones, se sustentan más allá del cuerpo físico. Como ser corpóreo puede expresarse y manifestarse con su cuerpo y desde su cuerpo, corporeizar las demás dimensiones y así poder

---

<sup>52</sup> 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 (*motion* y *e-motion*)

construir un proyecto de vida, ser presencia material para el otro y participar en procesos de crecimiento, formación y desarrollo personal.

Pero el cuerpo se debería comprender no solo como una dimensión, tal y como indica el título de esta comunicación, sino también como un modo. La obra del filósofo holandés Baruch Spinoza (1632-1677), nos recuerda que los cuerpos y las almas no son sustancias ni sujetos, sino modos. Un modo corporal sería una individualidad vital con poder para regular un ritmo corporal y un ritmo en el pensamiento y en la emoción, es decir, un poder afectar y ser afectado. Eso es lo que definirá un cuerpo, su capacidad de movimientos y de afectos. Así que la capacidad del ser humano o “discapacidad” dependerá de qué mueve, cómo mueve o qué le conmueve a una persona y no tanto qué le falta o de qué carece. No obstante, el significado del cuerpo de la persona con discapacidad o aquella que está en lo que se conoce como riesgo de exclusión social, lo adquiere apoyado en un cuerpo que a lo largo de la historia se ha visto modificado, censurado, encerrado, domesticado, torturado, manipulado, aniquilado y apartado, respondiendo a fuerzas históricas y míticas así como a cierta racionalidad física y política. Su cuerpo no se establece como sujeto y no es entendido ni vivido con identidad, es un producto de la disolución de lo social por inutilidad, no forma parte del Sí-mismo y no se contempla como aquello que comunica emociones y es fuente de autoconocimiento. No es un sujeto sino más bien un objeto modelado por otros, habitualmente impregnado de estigma y prejuicios. El acercamiento al cuerpo de estas personas, con la visión imperante basada en la anteriormente nombrada disociación cuerpo-mente, sumado al proceso de disolución de la red social a la que están expuestos, que fractura y excluye, da como resultado un cuerpo con el que “no se sabe qué hacer” y que siempre está en tránsito, a favor de la voluntad de otro.

### **El cuerpo, ¿es un trabajo?**

En el contexto de este tipo de programas de inserción laboral, o en los servicios de atención comunitaria, cada vez son más frecuentes los casos de personas con discapacidad y/o en riesgo de exclusión social afectadas

profundamente en la relación con su cuerpo, que viven una situación de desempleo y que, además, presentan un condicionante: buscar trabajo con un cuerpo y unas circunstancias sociales que no cumplen los requisitos establecidos fundamentados básicamente en la perfección, la productividad, la rapidez y el beneficio. Esto hace que la persona acuda a estos programas con una carga personal, emocional, corporal y social compleja, en muchas ocasiones con déficit formativo o de idioma, con graves dificultades económicas y con sesgos legales añadidos, por el alto porcentaje de población inmigrante irregular que existe en los últimos tiempos. De esta manera, vemos que esta persona desconoce cómo vivir su desempleo en su propio bagaje personal; cómo es la cosmovisión de la vivencia de su *cuerpomente*; y cómo diseñar su itinerario sociolaboral, es decir, el cómo y de qué emplearse.

La mayoría, al iniciar un itinerario sociolaboral muestra que no existen unos cimientos personales que posibiliten seguir y construir su proyecto vital y profesional, ya que su dura vivencia personal los ha devastado, por lo que presentan unas necesidades que se deben acoger desde el inicio con una intervención que desarrolle sus habilidades sociales y sus competencias profesionales<sup>53</sup>. Si estos cimientos están fracturados se deberían reconstruir y/o crear. Pero, ¿cómo es posible construir o crear una vivencia sana de búsqueda de trabajo sin tener en cuenta la dimensión corporal? ¿Cómo hacer transitar a una persona por el itinerario de inserción laboral fundamentado en el *cuerpomente* y no el cuerpo-mente? ¿Cómo crear unas bases psicofísicas que posibiliten el “ser humano” y “ser persona” si no se ha establecido el cuerpo “discapacitado y /o excluido” cómo parte integrante de la intervención?

---

<sup>53</sup> Siguiendo el ejemplo del itinerario de CDB, se llevan a cabo: 1) talleres de habilidades personales (autoestima, asertividad, habilidades sociales, escucha activa, iniciativa, resolución de problemas, exploración de expectativas...) 2) talleres de competencias profesionales (aprendizaje y defensa de un currículum, conocimientos del mercado laboral, técnicas de búsqueda activa de trabajo, recursos laborales y ocupacionales del territorio, técnicas de entrevista, hábitos laborales...). Los itinerarios de inserción laboral están enmarcados en un contexto social, incluso psicoeducativo, pero no clínico por lo que estos talleres deben estar también en este contexto. Si, durante los talleres o durante el transcurso de todo el itinerario se detectan necesidades tributarias de atención psicológica, el usuario es derivado a profesionales de la psicología y/o psicoterapia.

Existen multitud de definiciones de crear pero en este punto suscribo la de Ferrater Mora (1985) que expone que crear es “la formación de algo a partir de una realidad preexistente, transformación de lo posible en actual”. Aquí acentúo la categoría de lo posible, porque abre perspectivas sobre esa realidad corpórea que posibilita que se den otras realidades y que hace que el cuerpo y su movimiento se abran también a la mente, al alma o al espíritu. Desde una perspectiva teológica, su definición también se podría abordar a partir de la “Carta del Santo Padre Juan Pablo II a los Artistas” (2006) en su apéndice nº 2: “No todos están llamados a ser artistas en el sentido específico de la palabra. Sin embargo, según la expresión del Génesis, a cada hombre se le confía la tarea de ser artífice de la propia vida; en cierto modo, debe hacer de ella una obra de arte, una obra maestra (...)”.

Desde esta perspectiva, la creación se inscribe en un Dios que aparece como Creador del cosmos, del hombre y de la vida, apreciada como algo que el hombre no se da a sí mismo, si no que se le da, por lo que la vida es acogida como trabajo, como una tarea a llevar a cabo, un camino a recorrer, un trayecto por el que transitar, un aprendizaje continuo, algo que se va construyendo. El ser humano es presentado como artífice de la propia vida porque la vive, la trabaja, la recrea y la construye diariamente para ser o llegar a ser una obra de arte. Por lo tanto, la creación en un contexto sociolaboral se podría definir con un significado de proceso que incluye búsquedas personales y laborales, donde interesa tanto el trayecto (proceso creativo) como el resultado (la obra de arte).

En definitiva, el papel que juega el proceso creativo podría ser visto como una experiencia intersubjetiva que lleva implícito un proceso transformador de uno mismo y que permite poner en juego aquello que se es o que se quiere llegar a ser y donde el cuerpo, significado como “dis-capacitado”, no puede ser un secundario sino que debería ser protagonista porque en esta experiencia intersubjetiva se activan procesos de exploración, investigación, expresión y comunicación conscientes e inconscientes que permiten crear, es decir, interrelacionar, asociar, vincular, ordenar, estructurar y transformar diferentes elementos, animados e inanimados, en algo que trasciende. Es en esa experiencia de la existencia donde se



podría hallar la conexión entre la vida y el arte o la creación porque no es posible que exista un acto más creativo que vivir y construirse uno mismo o un trabajo que pueda ser más importante que habitarse y habilitarse como ser humano.

Así que el cuerpo y su vivencia cobra un significado de trabajo en tanto en cuanto es vivido y habitado porque es un cuerpo que ocupa y que necesita un tiempo y un espacio para poder trabajar la cuestiones que tienen que ver con su experiencia vital. La cuestión es cómo “trabajarse” o cómo darle ese espacio y ese tiempo, variables que trataré más adelante. Una persona que tiene un cuerpo que vive y es vivido como tal tendrá momentos de bienestar pero también momentos de riesgos, dudas, abandonos, miedos, caídas y recuperaciones. Nadie sabe lo que le deparará el futuro a la persona con discapacidad y/o en riesgo de exclusión social que entra en un itinerario laboral, si finalizará el itinerario o si llegará a tener un trabajo. En cualquier caso, la persona hace una demanda laboral porque cree y/o espera un futuro mejor que, además de aguardarse, se desea.

Algunos lo podrían denominar que eso es fe o, al menos, fe en uno mismo. Acoger la demanda laboral, desde lo real (su demanda) y lo simbólico (su deseo y fe) y acompañar ese trabajo con su cuerpo para que pueda ser habitado, a través de la activación del *cuerpamente*, hará que la persona con discapacidad y/o en riesgo de exclusión social confíe en él y pueda decidir, no sólo con “qué cuerpo quiere vivir”, sino aquello que inevitablemente conlleva “con qué cuerpo quiere trabajar”. Sea cual sea el contexto, que pueda decidir o qué quiere, no solamente qué puede, es un poder que no se puede obviar, forma parte de los principios de autonomía y autodeterminación de la persona, además de ser un derecho recogido en la Declaración de los Derechos de las personas con discapacidad proclamado por la ONU.

La acción de buscar trabajo forma parte consustancial de ese proceso de creación personal que, dadas las circunstancias, viene marcado por la falta del mismo, lo cual activa su búsqueda como una necesidad urgente y vital. Por eso puede parecer lógico y normal que haya que tener unas habilidades personales, sociales y laborales para poder llevar a cabo una búsqueda de trabajo y su

mantenimiento. No obstante, no deberían darse por supuestas por lo que en los itinerarios vemos que ya existen talleres que cubren la falta de habilidades y competencias. Pero, del mismo modo, tampoco debería darse por supuesto el buen funcionamiento de la relación *cuerpamente* de la persona que se presenta. Así que a lo largo del itinerario, pero sobre todo en las primeras fases de acogida e intervención, se debería dar a la persona no solo la posibilidad de iniciar y seguir el itinerario aproximándose a saber qué potencialidades personales tiene, de qué carece, qué necesidades formativas precisa o si está preparado y/o es el momento adecuado para afrontar un itinerario de inserción laboral, si no también qué relación establece con su cuerpo, etiquetado como discapacitado o excluido, mediante la asistencia a talleres de trabajo corporal<sup>54</sup>, que por el momento no se ofertan, y que permitirán cubrir esa cuestión.

### **El trabajo, ¿es un cuerpo?**

Del mismo modo que sabemos que no hay dos personas exactamente iguales, se puede afirmar que no hay dos cuerpos iguales. La persona, entonces, se presenta como un ser único. Maalouf (1998) escribe: “mi identidad es la que hace que yo no sea idéntico a nadie más... ¿son necesarias realmente grandes demostraciones para establecer que no existe ni pueden existir dos seres idénticos?”. Puntualizo el hecho de que no hay dos seres idénticos ni dos cuerpos iguales porque una misma secuencia de movimientos interpretada por dos cuerpos distintos nos da una variedad de matices diferentes que nos hacen ver a la persona de un modo diverso, así la diversidad de movimientos y de cuerpos se convierte en un tesoro y eso crea identidad. La identidad de cada cual está constituida, además, por diversas

---

<sup>54</sup> Los talleres grupales que se basan en un trabajo donde está implicado el cuerpo y su movimiento pueden tener diferentes denominaciones dependiendo de la institución que los lleve a cabo, la orientación teórica que se siga y los objetivos específicos a asumir: taller de expresión corporal, taller de movimiento expresivo, taller *cuerpamente*... De nuevo cabe destacar que el contexto de un itinerario laboral está enfocado en un marco social (no clínico) por lo que los talleres de trabajo corporal deben estar enfocados desde el mismo marco. Si durante estos talleres o durante el transcurso de todo el itinerario se detectaran necesidades tributarias de atención psicológica en referencia al cuerpo también deberían derivarse a profesionales especializados del área de psicología o de psicoterapias no verbales y/o danzamovimientoterapia (DMT).

pertenencias: pertenencia a una tradición religiosa, a una nacionalidad, a un grupo étnico o lingüístico, a una familia, a una profesión, a un clan, a una pandilla de amigos... Toda persona es resultado de la combinación de estos elementos o pertenencias.

Sin embargo, en algunos momentos, una pertenencia determinada se expande, esconde todas las otras y se impone con el nombre de “identidad”; entonces, esta pertenencia lo es todo, como es el caso de las personas con discapacidad y/o en riesgo de exclusión social. La reducción de la identidad a una sola pertenencia (en este caso “los discapacitados” y/o “los excluidos socialmente” que buscan un trabajo) se puede romper gracias a colocar la dimensión corporal en primera línea, porque acoger el cuerpo y la riqueza de movimientos de la persona que está en proceso de búsqueda de trabajo permite empatizar con el otro desde la complejidad que todo ser humano presenta y no solo desde esa cómoda visión parcial de una de sus partes o de sus “discapacidades”.

Aunque a veces las actuales condiciones de trabajo y los vergonzantes tipos de contratación lo pongan muy difícil, tener un trabajo va más allá de estar ocupado porque el trabajo genera identidad y un tipo de dignidad esencial que también puede tener que ver con el deseo de mejora o con el concepto de fe, anteriormente nombrado. Etimológicamente, la fe también se puede traducir como confianza. En este caso, la confianza de que lo que hago en mi vida no va a desaparecer y que mi trabajo no cae en saco roto porque me hacer ser y no parecer. Por lo que tener fe, no es tanto una cuestión de creencia sino más bien de confianza. Y la confianza no está exenta de riesgo, el riesgo de la confianza (Márquez, 1999) de creer, que no está tan alejado de crear. Creer que existe una posibilidad para uno mismo, lo que impregnará de manera progresiva el proceso de un itinerario de inserción sociolaboral.

Así, la acción de buscar trabajo, para muchas de las personas que están en el itinerario, pasa a ser un acto de fe o un acto de confianza. Se convierte en un proceso sagrado y su cuerpo en algo sacro porque contribuye en la construcción de su identidad, ya que necesitan un trabajo para ser y ganarse la vida, es decir, un

trabajo en el que confiar, fallar, aprender y arriesgar. En este punto es cuando tener un trabajo cobra significado de cuerpo, un trabajo que se convierte en algo más que en un armazón que sostiene, que no es poco, si no en algo que da forma y fondo a la posibilidad de ser, saber y sentir en cuerpo y alma. Tener un trabajo no solo es un instrumento para poder sentirse integrado, que refuerza el sentimiento de identidad y pertenencia y que hace ser útil, sino que es un cuerpo continente.

Como ya se ha descrito con anterioridad, habitualmente nos encontramos con personas que acuden al itinerario con pérdida de identidad, acompañada de cambios en el estado de ánimo, daño en el autoconcepto, deterioro de la salud, así como cambios familiares o de estatus, variables que se suman a la presentación de un desconocimiento del cuerpo continente (situación de desempleo) y del cuerpo contenido (un cuerpo disociado en cuerpo-mente y estigmatizado como discapacitado). La orientación e inserción laboral vivida desde el *cuerpomente* y la adecuación a un puesto de trabajo que la persona pueda desarrollar plenamente, pueden permitir a la persona con discapacidad y/o en riesgo de exclusión social, analizar y elaborar estrategias adecuadas para sostener el itinerario laboral y su identidad porque hablar de identidad personal y de identidad laboral es hablar de quién soy y qué hago, y lo que hago condiciona quién soy, elemento constitutivo de la identidad. Esto plantea que los itinerarios sociolaborales no solo deberían estar al servicio de la diversidad mental y emocional sino también de la diversidad física, corporal, cultural y de las maneras de vivir.

### **Una propuesta y sus beneficios**

Esta comunicación invita a la revisión y reflexión pero también muestra el ejercicio de una propuesta de inclusión de talleres de trabajo corporal en los itinerarios de inserción laboral de personas con discapacidad y/o en riesgo de exclusión social.

Con la propuesta se pretende dar, a las instituciones en general y a los profesionales en particular, un punto de luz al “qué y por qué hacer” ya que pone en relieve la necesidad de dar respuesta a la demanda. El “cómo hacer”, cómo llevarlo a

cabo, cómo establecer los objetivos y el procedimiento de cada sesión, qué actividades llevar a cabo y, sobre todo, cómo activar la conciencia corporal del usuario y trabajarla de manera efectiva, cómo comprometerse empáticamente como profesional con la experiencia intersubjetiva enraizada en el cuerpo y cómo acompañar e intervenir para que la persona pueda pasar del cuerpo-mente al *cuerpamente*, ya formaría parte de otra comunicación.

Por eso la sociedad de hoy necesita más que nunca profesionales preparados en ámbitos creativos y/o artísticos y no solo en ámbitos sociales o terapéutico-clínicos porque el profesional no es puramente un transmisor de información, conceptos, normas y conocimientos sino una referencia viva en el dinámico proceso de una inserción laboral. Se invita a que sea un facilitador de la activación de la dimensión corporal del usuario que haga operativo ese anudamiento de la escisión cuerpo-mente que puede acompañar a su demanda.

Por eso se debería dar un espacio y un tiempo al cuerpo, un lugar donde el profesional participe de ese camino del “construirse” del otro con un acompañamiento a las personas desculpabilizándolas desde las circunstancias que padecen para validar su cuerpo como capaz y no como incapaz y dotarle de herramientas y propuestas para la formación del “sí-mismo”, lo que generaría la creación y la autotransformación personal.

Los beneficios que aportaría la inclusión de talleres de trabajo corporal en los itinerarios de inserción sociolaboral de personas con discapacidad y/o en riesgo de exclusión social pueden ser resumidos sucintamente en tres ejes, que siempre están interrelacionados y que se podrían dar en cada sesión: un trabajo corporal, un trabajo expresivo-comunicativo y un trabajo creativo. De manera más específica los beneficios se definirían en que:

- Crea y/o reconstruye la confianza en un cuerpo capaz, donde se trabaja con lo que sí se puede hacer.
- Facilita el encuentro con el “cuerpo en movimiento” y ayuda a afrontar miedos respecto a este.
- Explora las sensaciones corporales, la propiocepción y la experiencia kinestésica.
- Ayuda a integrar el esquema y la conciencia corporal.
- Fomenta el conocimiento de la imagen corporal.
- Recupera y amplía el registro de la calidad del movimiento personal.
- Ayuda a aceptar el cambio vital y a asumir la situación de desempleo desde un punto de vista global.
- Colabora en la internalización del itinerario y la temporalización del proceso de inserción laboral.
- Contribuye a interrelacionar y aplicar los conocimientos adquiridos en otras fases del itinerario, así como a la adquisición de competencias personales y profesionales.
- Genera recursos amortiguadores de los efectos psicosociales negativos del desempleo.
- Desarrolla el mantenerse activo, mejora la salud y la calidad de vida.
- Enseña a observar y establecer las relaciones que existen entre los acontecimientos vitales externos y la propia experiencia psicocorporal.
- Fomenta el autoconocimiento, la autonomía, la flexibilidad cognitiva y la búsqueda de nuevas soluciones frente a las contingencias externas.
- Centra la atención en el momento vital actual y el “aquí y ahora”.
- Coopera en el descubrimiento de las potencialidades, fortalezas personales y en la toma de decisiones.
- Ayuda a identificar las emociones y pensamientos emergentes.
- Reduce la rumiación y el agotamiento cognitivo.

- Desarrolla la construcción de la identidad personal, psicosocial y laboral.
- Promueve la autoaceptación y aminora el sufrimiento y la vivencia de factores estresantes.
- Identifica futuros conflictos, elementos de resistencia al cambio y previene recaídas y conductas negativas a través de la identificación de situaciones de riesgo.
- Ayuda a conocer los sesgos culturales y a crear resonancias y congruencias interculturales a través de los aspectos no verbales del cuerpo, el lenguaje y las referencias étnico-raciales.
- Facilita la verbalización de la experiencia y aumenta la capacidad de poner palabra a lo que sucede.
- Potencia la comunicación y el espacio intrapersonal e interpersonal.
- Establece nuevas relaciones y estimula el “networking” a través del trabajo en grupo.
- Ayuda a definir el objetivo laboral y su mantenimiento.
- Fomenta la autorregulación a la acción y al logro de objetivos.
- Incrementa la persistencia y la motivación para implicarse en el propio proceso de inserción laboral.
- Desarrolla la vivencia de la inserción laboral como un proceso y un acto creativo.

## **Conclusión**

Se puede afirmar ya que el cuerpo es un trabajo y el trabajo es un cuerpo, por lo que es importante hacer autocrítica de la propia intervención profesional hacia unos cuerpos donde ya se ha descrito que desembocan y confluyen muchas variables. El cuerpo de la persona con discapacidad y/o en riesgo de exclusión social que acude con una demanda laboral no nos dará todas las respuestas pero sí nos llevará por caminos que abren posibilidades de conocer su vivencia o, al menos, permiten aproximaciones a conocer otra dimensión que puede influir en el

cumplimiento de un itinerario de inserción laboral de una manera psicofísicamente saludable, empática, no disociada, digna y con un alto componente de compromiso. El trabajo a través del cuerpo y por el cuerpo genera un modo de “cuerpo en acción”<sup>55</sup> global, unitario, completo, integral e universal necesario, porque está claro que si no hay acción y actividad es difícil que haya oportunidad.

Por ello, las dos herramientas que de entrada todo profesional insertor podría utilizar de manera transversal a lo largo de todo el itinerario, más allá de los talleres de trabajo corporal, son: la empatía kinestésica<sup>56</sup> y el conocimiento de su propia dimensión corporal como profesional y persona<sup>57</sup>, ya que ambas activarán el “darse cuenta del cuerpo del otro” que acude con una demanda laboral, para que esta pueda ser fuente de conocimiento y de una intervención profesional adecuada y global.

“Darse cuenta del cuerpo del otro” no es solamente saber que la persona busca un trabajo y que tiene un cuerpo, no es un descifrado psicológico del

---

<sup>55</sup> Aquí el concepto de “acción” o de “activarse” se entiende como la capacidad de moverse y conmoverse, sea cual sea el grado de discapacidad de la persona o la situación social que tenga. Si hay vida siempre hay capacidad de movimiento natural y posible. Se aleja de los conceptos clásicos de actividad física, ejercicio físico, ejercicio terapéutico etc. o de las destrezas y/o técnica de movimiento. El concepto proviene del “body action” que se define como el reconocimiento de las partes del cuerpo y de los posibles bloqueos y tensiones en la expresión emocional. Éste es uno de los cuatro postulados propuestos por la bailarina Marian Chace (1896-1970), que fue una de las pioneras de la DMT, y que conforman su modelo teórico: cuerpo en acción, simbolismo, relación terapéutica en movimiento y actividad rítmica grupal.

<sup>56</sup> Existen múltiples definiciones de la empatía, pero todas se basan en la capacidad que tiene una persona de comprender a otra. La empatía kinestésica añade a la definición un modo de vivenciar la experiencia ajena que implica reconocer corporalmente 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 acercamiento psicocorporal, por lo que precisa partir de la experiencia intersubjetiva que se da entre profesional y usuario. La empatía kinestésica puede operar a partir de lo que el profesional *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 usuario. No es una mera imitación o hacer mímica, sino que constituye el reflejo o la interpretación kinestésica y visual de aquello que el usuario está viviendo o trata de comunicar, consciente o inconscientemente, a través de su movimiento.

<sup>57</sup> Este conocimiento apela al trabajo personal que todo profesional debería hacer y que, obviamente, incluye el confrontarse con el propio *cuerpamente*. Sería conocer mi cuerpo y su significado, buscar modos de “acción o de activarse” para poder posar, explorar y conocer a través de darse un tiempo y un espacio diario, semanal o mensual. Diferentes técnicas pueden ser útiles en el camino del autoconocimiento corporal pero eso pasa por saber elegir qué espacio quiere darse y qué tipo de movimiento a uno le va bien para la conexión entre su cuerpo y su mente (deporte, danza, teatro, yoga, técnicas de respiración, darse un masaje, caminar, pasear por la montaña...) Como anteriormente se ha nombrado, también es un conocimiento que va más allá de la actividad física o “estar en forma”.



movimiento humano y no se queda en reduccionismos gestuales sino que trata de vivenciar que los patrones de movimiento conllevan tonalidades emocionales y afinidades de significado propio y mutuo, con lo que quedarse solamente con el saber o entender que el otro tiene un cuerpo sería también una manera de reducirlo.

“Darse cuenta” es asumir mi cuerpo y el del otro como algo más que la suma de sus partes, es estar atento y disponible, es experimentar y atreverse a encontrar belleza y capacidad en cada uno de los movimientos que muestra el usuario, es decir, la persona. Es aprender a ver belleza y transmitírselo a través de la mirada porque la belleza está en todo aquello que nos hace sentir bien.

“Darse cuenta del cuerpo del otro” significa poner el cuerpo en juego y mirarse a través de sus ojos. Saber que su movimiento y su cuerpo “discapacitado y/o excluido” en un proceso de inserción laboral no depende de que coincida con unos cánones establecidos de “capacidad”. El movimiento más sutil, más cotidiano, más alocado, es decir, el movimiento propio será siempre fuente de información y conocimiento, si el profesional “se da cuenta” y le da el valor, la entidad e identidad que le corresponden. El usuario del itinerario parte de su necesidad para llegar a ser obra de arte y el profesional que acompaña debería corresponder teniendo en cuenta su cuerpo y la fuente inagotable de información que transfiere porque de este modo sí puede aportar no el orden de la solución preconcebida, ya que la inserción laboral “en serie” no existe, sino generar un espacio de confianza a la altura de las necesidades laborales, personales y existenciales del usuario, para que las pueda expresar a través de su cuerpo (o lo no verbal) y de la palabra (o lo verbal), y co-construir de manera conjunta una persona segura que pueda afrontar lo que la vida profesional le depare.

Así, la persona con discapacidad y/o en riesgo de exclusión social se puede convertir en sujeto creador, ya no es objeto del itinerario, puesto que este ya está bajo su control y decisión. Por eso la persona, basado en su *cuerpamente*, se puede investir de nuevos significados, sabiendo de antemano que el cuerpo es indefinible, inclasificable, inconmensurable e inabarcable pero está y estará siempre en el terreno

de lo posible. Retomemos de nuevo a Spinoza: “nadie sabe lo que puede un cuerpo”.

## BIBLIOGRAFÍA

- DARNELL, M; PLUJÀ, M; GARCÍA, D. *Nadando en mar abierto. Feina amb Cor: el acompanyament com a element clau per accedir al mercat de treball*. Informes Càritas nº 04. Càritas Diocesana de Barcelona, 2016.
- DEWEY, J. *El arte como experiencia*. Barcelona: Paidós, 2008.
- EXTREMERA N; REY L “Health-related quality of life and cognitive emotion regulation strategies in the unemployed: a cross-sectional survey”. *Health Qual Life Outcomes*.12:172.Doi:10.1186/s12955-014-0172-6, 2014. Disponible en línea: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25432102>
- FERRATER MORA, J. *Modos de hacer filosofía*. Barcelona: Crítica, 1985.
- SPINOZA, B. *Ética demostrada según el orden geométrico*. Madrid: Alianza, 2011.
- LABRADA, Mª A (comp). *La belleza que salva. Comentarios de la carta a los artistas de Juan Pablo II*. Madrid: Rialp, 2006.
- LANGA, B. “De lo imaginario a lo real: la danza movimiento terapia y/o la función del cuerpo en psicoterapia”. En: ROMÁN, B; PALAUDARIAS, A; ESQUIROL, J.Mª (comp) *Actas de Comunicaciones V Congreso Internacional de Bioética 2014: Filosofía y Salud Mental*. Aporia-UB, p.161-180, 2015.
- LISBONA BAÑUELOS, A ET CO. “¿Podemos apasionarnos por el trabajo?: una revisión de la pasión para el trabajo”. *Papeles del Psicólogo*. Vol. 37 (3), p. 165-169, 2016.
- MAALOUF, A. *Las identidades que matan: para una mundialización que respete la diversidad*. Barcelona: La Campana, 1998.
- MÁRQUEZ, M. *El riesgo de la confianza. Cómo descubrir a Dios sin huir de sí mismo*. Bilbao: Desclée de Brouwer: 1999.

## ALTERIDAD Y PSICOLOGÍA: IMPLICACIONES ÉTICO-POLÍTICAS

Cristina Pradillo

### Resumen

---

Pese a los intentos de la psicología de presentarse como una ciencia ahistórica y de-ideológica, esta se articula en base a unos supuestos que tienen implicaciones políticas relacionadas con el mantenimiento de un orden social. Además, debemos tener en cuenta que la psicología tiene por objeto de estudio e intervención al ser humano. Así pues, se vuelve necesario analizar qué noción de sujeto (re)produce en su práctica. Esto se debe a que el conocimiento psicológico no sólo funciona dentro de la práctica clínica, sino que se extiende a la manera que tenemos de representarnos a nosotros mismos como agentes políticos. Por estos motivos el presente ensayo busca ofrecer una reflexión sobre la noción de sujeto que se plantea desde la psicología cognitivo-conductual ya que esta es una de las perspectivas dominantes. Con el fin de presentar alternativas al tipo de conocimiento psicológico que se ofrece desde esta perspectiva, se introducirá el concepto de Alteridad. Este supone una alternativa teórica que nos permite pensar la noción de sujeto desde otro lugar. Para todo esto, se utilizará la perspectiva de los *psychosocial studies* ya que estos se centran en la comprensión del ser humano intentando superar la barrera del dentro-fuera, es decir, de lo psíquico y lo social. Además, asumen que las explicaciones teóricas tienen efectos políticos. Por tanto, desde esta perspectiva se intenta devolver al psicólogo (o al sujeto en general) su responsabilidad social.

**Palabras clave:** Alteridad, *psychosocial studies*, psicología, responsabilidad social.

---

### Introducción

¿Qué noción de sujeto se encuentra implícita dentro de las perspectivas psicológicas dominantes? ¿Qué implicaciones ético-políticas supone? Estas son las preguntas que dan inicio a una reflexión que se considera necesaria para todo aquel que se dedica a la asistencia psicológica. Con el fin de tomar distancia frente a la noción de sujeto, entendida eminentemente como el “yo”, nos centraremos en la

Alteridad, en el Otro que, al igual que el “yo” está atravesado por la noción de sujeto.

Partimos de la premisa de que el conocimiento psicológico tiene algo que ver con el funcionamiento del orden social. Pese a los esfuerzos de la psicología por presentarse como una ciencia ahistórica y de-ideológica, diferentes autores muestran cómo la visión psicológica está fuertemente ligada a unos procesos históricos en los que lo individual desplaza la importancia de lo social<sup>58</sup> (Sampson, 1989; Parker, 2010). De hecho, si tomamos los análisis y reflexiones de Kuhn (1962) sobre el funcionamiento de la ciencia veremos que en su propuesta el autor remarca que la ciencia se encuentra siempre situada en un contexto histórico concreto y que, por tanto, hay una serie de contingencias histórico-culturales que permiten que se acepten o se rechacen como válidos los descubrimientos e innovaciones científicas.

Tampoco podemos olvidar que, para el autor, la ciencia funciona por paradigmas<sup>59</sup>; esto supone que cada paradigma tiene una serie de supuestos que lo articulan y son incuestionables cuando se trabaja dentro del mismo (Kuhn, 1962). Por lo tanto, las innovaciones que “resultan subversivas para los compromisos básicos” (Kuhn, 1962, p. 26) quedan invisibilizadas en el desarrollo de la ciencia mientras se mantiene un paradigma determinado. Si nos centramos ahora en las ciencias que tienen por objeto de estudio al ser humano, veremos la necesidad de vislumbrar los supuestos que rigen su funcionamiento. Giddens (1987) propone la noción de sociedad reflexiva según la cual, el conocimiento que se produce dentro de las ciencias sociales se reintroduce en la sociedad modulando su funcionamiento.

Parker (2010) propone una visión similar específicamente hablando del conocimiento psicológico. Para el autor, la psicología no sólo ofrece explicaciones falsas sobre el funcionamiento social reduciéndolo a disfunciones psicológicas e invisibilizando los problemas sociales que encarnan ciertas acciones individuales; sino que también “se construye a partir de cómo hemos aprendido a pensar en nosotros mismos como individuos, y, por tanto, en cómo nos vemos como agentes

---

<sup>58</sup> Se entiende “lo social” en sentido amplio, es decir, como cualquier práctica o significado compartido.

<sup>59</sup> Modelos explicativos que comportan una serie de compromisos compartidos por la comunidad científica.

políticos” (Parker, 2010, p. 14). Así pues, el conocimiento psicológico y las explicaciones que ofrece el mismo condicionan nuestra concepción del mundo y nuestro comportamiento. Es por esto, que se vuelve relevante hablar de qué tipo de implicaciones ofrecen ciertas posturas teóricas dominantes en la psicología, y, cómo los profesionales deben estar advertidos de “los peligros políticos de asumir un fenómeno como real” (Frosh, 2015, p. 6). El objetivo principal es el de analizar que supuestos acerca del sujeto y de la Alteridad se (re)producen en una de las corrientes psicológicas dominantes, en este caso la psicología cognitivo-conductual, así como sus consecuencias simbólicas a nivel político y ético.

### **Fuera-dentro: pensar-pensarnos**

Una perspectiva teórica interesante para abordar el estudio de la Alteridad y la noción de sujeto implícita en el funcionamiento dominante de la psicología son los *psychosocial studies*. Esta epistemología intenta asumir la complejidad y variabilidad del ser humano entendiendo que lo psíquico y lo social son dos esferas que, sin solaparse completamente, son indiscernibles (Butler, 2015). No podemos entender el psiquismo del ser humano sin entender las condiciones histórico-culturales que lo sujetan (aunque tampoco se reduzca a ellas). Por tanto, nos encontramos con una perspectiva teórica que asume que el ser humano como tal se constituye en una relación dinámica con el mundo y con los otros.

En la misma línea, los *psychosocial studies* nacen de la insatisfacción de la fragmentación del estudio del ser humano en diferentes disciplinas que se encargan de definirlo, pero sin encontrarse en ninguna de ellas. El conocimiento parcial busca ser superado planteando las preguntas acerca del ser humano en un espacio transdisciplinario que, sin una pretensión de mostrar “La Verdad”, busca comprender y ofrecer relatos verosímiles y funcionales que tengan efectos sobre el imaginario social compartido, es decir en el espacio simbólico en el que nos pensamos como sujetos (Frosh, 2015). Por tanto, la lógica metodológica es la de aproximarse al objeto de estudio por diferentes vías con el fin de encontrar nuevos puntos de vista o nuevas concepciones del mismo (Taylor y McAvoy, 2015).

Esta manera de entender el conocimiento no puede sino remarcar que la posición del investigador también se encuentra inmiscuida dentro de su investigación, así hay un vínculo explícito y asumido de que aquello que estamos estudiando nos interpela directamente (Frosh, 2015). Por lo tanto, se vuelve necesario realizar un análisis exhaustivo de las preconiciones e intentar ser conscientes que tipo de afecciones se van produciendo a medida que indagamos en las preguntas que nos hemos planteado. Todo esto, lejos de ser visto como un impedimento, se vuelve parte del análisis que realizamos.

Finalmente, cabe remarcar que, en consonancia con lo expuesto, desde los *psychosocial studies* es necesario asumir el compromiso ético y político que supone cualquier generación de conocimiento (especialmente sobre los fenómenos relacionados con el ser humano) (Frosh, 2015). Personalmente me gusta pensar que este tipo de perspectivas ofrecen una serie de recursos a las personas (tanto a los investigadores como a los que acaban por leer los análisis) para pensar de otro modo y poder apropiarse del mundo que nos rodea de una forma diferente a la hegemónica.

### **Los relatos del Sujeto: lo conocido**

Dentro de la práctica psicológica una de las corrientes más extendidas es la cognitivo-conductual. Desde este enfoque, se asume que la cognición<sup>60</sup> está constituida por las representaciones que el sujeto se hace de la realidad y que la modificación de las mismas tiene efectos en la conducta de la persona (Martorell, 2014). De esta manera de simplificar el funcionamiento del sujeto se derivan varios aspectos.

En primer lugar, se asume que los sujetos se representan los fenómenos del mundo de forma unitaria y coherente. Esto quiere decir no sólo que tienen claro lo que piensan sobre el mundo que les envuelve, sino que también su conducta va en consonancia a aquello que piensan. ¿Es esto cierto o se trata de una ilusión? Henriques, Hollway, Urwin, Venn y Walkerdine (1984) señalan que la concepción

---

<sup>60</sup> Conformada por las creencias, atribuciones...

del sujeto como un ente unitario y racional tiene que ver con una determinada ideología (en este caso, la iniciada en la modernidad según la cual la razón es lo que prima en el ser humano). Para los autores, esta concepción de sujeto responde a una construcción social que legitima a los profesionales a intervenir sobre aquellos sujetos cuyas representaciones del mundo son interpretadas como irracionales, exageradas o absurdas.

Así, se deslegitima la voz de la persona, en lugar de considerar que puede estar expresando algún tipo de saber. No está nada claro, además, que las personas sean coherentes en su conducta con aquello que piensan. Si pensamos en nuestras vidas encontraremos infinidad de situaciones en las que realizamos conductas en contra de aquello que desearíamos ya sea por presión social o porque, directamente, por la cotidianidad de las mismas no se cuestionan. Así pues, parece más plausible la visión que ofrecen estos autores según la cual hay una serie de mecanismos culturales (discursos, prácticas, imágenes, mitos...) que nos condicionan y que nos llevan a una serie de supuestos asumidos como naturales y verdaderos sin necesidad de demostrarlos. Además, muchas de las conductas que realizamos obedecen a hábitos culturales más que a acciones en consonancia a unas determinadas creencias. Un ejemplo de esto podría ser la reproducción de las normas que rigen al género. Pese a que una persona esté muy concienciada acerca de las desigualdades de género, es fácil que en su praxis cotidiana reproduzca estas desigualdades.<sup>61</sup>

En segundo lugar, se asume que se puede variar la conducta de un sujeto mediante la modificación de las representaciones que este se hace del mundo. Como se acaba de exponer no es nada clara la relación entre la representación y la conducta. Desde esta asunción se puede ver también como se supone que el terapeuta es quien tiene la verdad acerca de la gestión de la vida, ya que es a quien se le otorga socialmente la potestad de enunciar que representaciones son funcionales y cuáles no. Esto, según de la Mata y Ortiz (2007), ha ido calando dentro de los supuestos culturales que operan en nuestra sociedad generando la idea de que los

---

<sup>61</sup> En ningún caso se pretende juzgar las posibles incoherencias entre aquello que pensamos y aquello que hacemos, simplemente, se quiere hacer notar que hay una serie de mecanismos que condicionan al sujeto (sin poder nunca capturar toda su agencia, por descontado).

problemas cotidianos pueden ser solucionados mediante la intervención profesional. Provocando así “la desresponsabilización de los ciudadanos de sus conductas y emociones que pasan a ser gestionadas por unos expertos que son los profesionales de salud mental” (De la Mata y Ortiz, 2007, p. 49). En la misma línea, es de notar el aumento del número de conductas que se consideran trastornos en el manual de diagnóstico psiquiátrico más utilizado: El DSM-V. Así pues, vemos cómo progresivamente diferentes áreas de la vida quedan en manos de los dictados de un profesional, y cómo cualquier problema puede entenderse como “psicológico”.

En tercer lugar, y en consonancia con lo expuesto, se asume que hay maneras correctas de representarse la realidad y maneras incorrectas: así, el papel del terapeuta consiste en encauzar a la persona a las formas correctas de entender la realidad. Este punto es importante ya que podríamos pensar que entraña un tipo de violencia descrita por Bourdieu (1999): la violencia simbólica. Como profesionales partimos de que el sujeto que se presenta a consulta tiene algún tipo de disfunción cognitiva que le supone sufrimiento. Así pues, ya no se busca qué condicionantes sociales son los causantes del sufrimiento, sino que nos centramos en explorar las representaciones que la persona se hace del mundo. En ellas está el problema, invisibilizando así posibles injusticias sociales. Al intentar modificarlas, lo que hacemos es esencialmente que persona acepte y se adapte a un orden social que queda incuestionado e inalcanzable para el sujeto. Es de notar el parecido que se da con la manera en la que funciona la violencia simbólica: “impone la aprehensión del orden establecido como natural (ortodoxia) a través de la imposición enmascarada (por tanto, desconocida como tal) de sistemas de clasificación y de estructuras mentales objetivamente ajustadas a las estructuras sociales” (Bourdieu, 1999, p. 71).

Finalmente, se asume que “todo está dentro”; es decir, para cambiar el exterior, lo observable (la conducta), lo que se debe modificar es la forma de conocer que tiene la persona (el interior). Sampson (1981) hace un análisis del cognitivismo en el que da cuenta de la asunción de “una primacía del conocedor, del mundo percibido por el sujeto conocedor. Los estados psicológicos y las ideas que se encuentran dentro del conocedor son más ciertas y más importantes que



cualquier práctica social o propiedad objetiva de la realidad” (Sampson, 1981, p.737). De esta manera, la persona queda encerrada en sí misma y es despojada de su relación con el mundo, en tanto que no puede cambiarlo, solamente re-representárselo. Así pues, podríamos pensar que la tarea del psicólogo cognitivo-conductual puede tener algo que ver con la consagración del orden social situándolo en un plano en el que el sujeto únicamente puede representarlo.

Agamben (2005) expone que consagrar consiste en sacar las cosas del derecho humano. El autor, siguiendo el texto de Benjamin *El capitalismo como religión*, expresa que el capitalismo “generaliza y absolutiza, en todos los ámbitos la estructura de divisiones que define la religión<sup>62</sup>” (Agamben, 2005, p. 106); separa sin que quede ya nada por separar, mantiene la esfera del mundo separada del ser humano. Podemos apreciar ahora cómo el cognitivismo opera siguiendo esta lógica: el mundo “de fuera” ya no es importante, ya no es nuestro, ya no es modificable. Esto supone una humillación del ser humano ya que se ve despojado de la posibilidad de hacer mundo (Garcés, 2009). Es decir, el mundo que nos rodea se vuelve incontrolable y ajeno a los sujetos inmiscuidos en él, a estos sólo les queda refugiarse en el “yo”, en la producción de la propia identidad y en la hiper-responsabilidad sobre la misma.

### **Los relatos del Otro: lo desconocido**

Es por todo esto por lo que el concepto de Alteridad se vuelve relevante: lo Otro necesariamente está fuera. Por tanto, nos permite pensarnos desde un lugar diferente. Desde la psicología cognitivo-conductual y la noción de sujeto que subyace, el Otro queda reducido a una realidad exterior que sólo tiene importancia en la medida que es representable e interpretable para el sujeto. Se elimina el potencial emancipador de la relación con el Otro, y se elimina así la responsabilidad social de los sujetos que forman parte de un orden social. Las relaciones pasan a ser un aspecto más de aquello que se considera central: el sujeto íntegro, impermeable,

---

<sup>62</sup> Para Agamben (2005), religión no deriva de *religare* (ligar lo humano y lo divino) sino de *relegere* (actitud escrupulosa y atenta de ver qué es sagrado y qué es profano, es decir, de mantener separado al ser humano de lo divino).

independiente. De esta forma, se hace invisible la afección que genera la vida en comunidad, en sociedad. El sujeto siente que lo que le pasa está muy dentro de sí mismo, pero al no poder conocerlo, se siente alienado de sí mismo, confuso (Parker, 2010).

Si pensamos desde la noción de Alteridad no podemos no hablar de Levinas. Este autor nos invita a pensar invirtiendo el orden dominante en el que prima el “yo” para asumir una primacía del Otro (2001, 2002). “Delante de los otros soy culpable o inocente. La condición del pensamiento es conciencia moral” (Levinas, 2001, p. 31). Es decir, soy consciente de mí mismo porque alguien me mira, porque alguien se encuentra delante de mí y esta mirada me interpela. Nos encontramos con un sujeto que se genera a partir de la relación con los demás, y que se encuentra ligado a ellos, aunque siempre mantiene su individualidad. Esta manera de entendernos me libera de “encontrarme como encerrado en mi retrato” (Levinas, 2001, p. 39) permitiéndome compartir aquello que me pasa en la relación con otro ser que, como yo, se encuentra sujeto a la relación que nos une. Esto supone asumir la propia vulnerabilidad, la posibilidad de ser afectados por otros.

La lucha, según el autor, está dentro de la noción misma de sujeto como cavidad estanca, la pregunta por el sujeto no es la esencial, ya que “no somos aquello que tenemos conciencia de ser sino el papel que representamos en un drama del que ya no somos autores, las figuras o instrumentos de un orden extraño al plan de nuestra sociedad íntima” (Levinas, 2001, p. 37). Es importante notar cómo el hecho de pensar desde esta perspectiva no sólo nos permite reapropiarnos del mundo que nos rodea, sino que exige que respondamos de las acciones que realizamos. Por tanto, nos devuelve una responsabilidad social mediante una disminución de la hiper-responsabilidad exclusiva de la propia vida. Como profesionales, además, nos obliga a cuestionarnos aquello que hacemos y a asumir la incertidumbre que conlleva la relación y el desconocimiento del Otro. Nos recuerda que también nosotros somos vulnerables, afectables por aquello que ocurre en la relación clínica.

En una línea similar, Butler (2009) nos habla del sujeto como ser relacional. Es decir, como un ente que pide reconocimiento, y en este se constituye, se genera:

“Pedir reconocimiento es solicitar convertirse, pedir una transformación, esta petición de futuro tiene que ver con el otro” (Butler, 2003, p.31). Podemos apreciar que esta manera de concebir el sujeto necesita del Otro, lo asume como constitutivo del “yo”. La agencia de cada uno de nosotros estaría atravesada por las relaciones con los demás. La autora explica que “el sujeto se concibe como un ser relacional, las relaciones iniciales y primarias del cual no siempre están disponibles al conocimiento consciente” (Butler, 2009, p. 34).

Así, hay cierta opacidad para el sujeto sobre su génesis: no somos capaces de dar cuenta de todo aquello que ha acabado por constituir el “yo”. Pero “fuera” no hay sólo Otros: las normas culturales que rigen la sociedad en la que nos encontramos inmersos no nos pertenecen, y aun así son interiorizadas y nos sirven para definirnos, para hablar de quiénes somos (Butler, 2009). Esto da cuenta de que necesitamos del exterior para constituir un interior; además, hace notar que a la hora de hablar de nosotros mismos lo hacemos desde la desposesión de las cualidades que enunciamos (Butler, 2009). No hay una capacidad de las normas culturales para capturar enteramente la vida, ni para llenar al sujeto; este se encuentra siempre dislocado y en permanente cambio en la medida que se relaciona con alguna cosa diferente de él mismo. Como profesionales de la salud mental es interesante también tener en cuenta que “el discurso es incapaz de iluminar por completo” (Butler, 2009, p. 74) ya que “las historias no capturan el cuerpo al cual se refieren” (Butler, 2009, p. 59). Por lo tanto, es necesario asumir que nunca tendremos acceso a la totalidad de la persona que se nos presenta como paciente, cliente, usuario... Hay algo del Otro (sino todo) que no podemos conocer, que se nos escapa, que nos excede.

### **Cuestiones sin resolver, espacios para pensar**

Lejos de buscar respuestas claras sobre cómo debe ser la práctica asistencial en salud mental, el presente ensayo pretende abrir vías reflexivas que nos permitan como profesionales (y como personas) preguntarnos acerca de nosotros mismos.

Tengo la sensación de que la práctica clínica está excesivamente saturada de procedimientos técnicos que nos imponen un ritmo y una manera de funcionar que,

al preguntarnos por ella, no sé si deseáramos. Por ello, creo que es importante pensar y reflexionar acerca de qué hacemos y cómo contribuimos al mundo en el que vivimos. Personalmente siento que el concepto del Otro nos abre vías para preguntarnos por nuestra propia práctica, además de por nuestra propia posición profesional.

Si asumimos los análisis presentados sobre el papel de la psicología dentro de la sociedad veremos que su contribución, a grandes rasgos, consiste en la modificación de las personas para salvaguardar un orden. Este hecho, a mi parecer, genera sufrimiento y promueve la sensación de que debemos adaptarnos a la sociedad perdiendo de alguna manera nuestra voluntad.

Finalmente, y sin intención de quitar importancia a las desigualdades materiales y sociales que generan el sufrimiento de la población, me gustaría remarcar que el hecho de que los denominados trastornos mentales estén aumentando en prevalencia en estos últimos años, podría deberse a que cualquier problema de la vida (y, especialmente de la sociedad), queda desplazado de fuera a dentro, situando el foco del problema en el sujeto que sufre. Creo firmemente que como profesionales de la salud mental tenemos algo que decir y algo que hacer a este respecto. No hacerlo nos convierte en cómplices de una manera de funcionar que culpa y responsabiliza al sujeto en lugar de escuchar a qué responde ese sufrimiento.

## BIBLIOGRAFÍA

- AGAMBEN, G. *Profanaciones*. Madrid: Anagrama, 2005.
- BOURDIEU, P. “Sobre el poder simbólico”. En Bourdieu, P. (autor) *Intelectuales, política y poder* (pp:65-74) Buenos Aires: Eudeba, 1999.
- BUTLER, J. “Violence, Mourning, Politics”, *Studies in gender and sexuality*, 4, 9-37, 2003.
  - *Dar cuenta de uno mismo*. Madrid: Amorrortu, 2009.
  - “Foreword: Tracking the mechanism of the psychosocial”. En FROSH, S. (coord.) *Psychosocial imaginaries. Perspectives on temporality, subjectivities and activism*. (pp: vi-xii) Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2015.

- FROSH, S. *Psychosocial imaginaries. Perspectives on temporality, subjectivities and activism*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2015.
- GARCÉS, M. *La humillación. Técnicas y discursos para la exclusión social*. Barcelona: Bellaterra, 2009.
- GIDDENS, A. *Las Nuevas reglas del método sociológico: crítica positiva de las sociologías interpretativas*. Buenos Aires: Amorrortu.
- HENRIQUES, J., HOLLWAY, W., URWIN, C., VENN, C., WALKERDINE, V. *Changing the subject*. Londres: Methuen & Co., 1984.
- KUHN, T. *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica, 1962.
- LEVINAS, E. *Entre nosotros: ensayos para pensar en otro*. Valencia: pre-textos, 2001.
- *Totalidad e infinito: ensayo sobre la exterioridad*. Salamanca: Sígueme, 2002.
- MARTORELL, J.L. *Psicoterapias. Escuelas y conceptos básicos*. Madrid: Pirámide, 2014.
- DE LA MATA, I., ORTIZ. La colonización de la vida psiquiátrica. *Archipiélago*, 76, 39-50, 2007.
- PARKER, I. *La psicología como ideología*. Madrid: Catarata, 2010.
- SAMPSON, E. “Cognitive psychology as ideology”, *American psychologist*, 36, 730-743, 1981.
- SAMPSON, E. E. “The challenge of social change for psychology: Globalization and psychology’s theory of the person”. *American Psychologist*, 44(6), 914–921, 1989.
- TAYLOR, S., MCAVOY, J. “Researching the psychosocial: An introduction”, *Qualitative Research in psychology*, 12, 1-7, 2015.

## LA IMPORTANCIA DEL PROCESO DE PREINGRESO EN UN RECURSO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Marila Uliaque  
Núria Figueras

### Resumen

---

Cuando una persona con discapacidad intelectual ingresa en un centro residencial o cambia de recurso, es muy importante que se realice un trabajo previo desde la perspectiva ética y centrado en la persona. Por este motivo, en la Residencia Mas Sauró se realizó un protocolo de ingreso que tenía en cuenta los derechos y deberes de las personas para favorecer su adaptación a su nuevo domicilio. Así, dado que se trataba de un centro que empezaba de nuevo, se pudo llevar a cabo el protocolo en todos los ingresos, generando que los 48 residentes tuvieran las mismas oportunidades de conocer la residencia, el equipo técnico, el de atención directa, el funcionamiento del centro... Con la aplicación del protocolo se generó que el impacto de un cambio de residencia fuera el menos posible tanto para la persona usuaria como para su familia como para el resto de residentes.

**Palabras clave:** discapacidad intelectual, ingreso, residencia, protocolo.

---

El proceso de pre-ingreso centrado en la persona, desde el punto de vista ético, tiene como objetivo favorecer la adaptación al centro de la persona, la familia y del resto de personas que ya viven en el recurso. La intención de este es contribuir en la implicación de la persona que ingresa al centro, facilitando el mismo, con una participación activa del futuro residente y su entorno social/comunitario, ofreciendo igualdad de oportunidades y condiciones.

Para llevar a cabo este proceso se diseñó un protocolo de ingreso teniendo en cuenta los diferentes derechos y deberes de las personas:

- Derecho a no ser discriminado por razones de nacimiento, género, raza, sexo, religión, orientación sexual o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
- Derecho a ser tratado con respeto y consideración, respetando las diferentes individualidades.
- Derecho a la confidencialidad e intimidad.
- Derecho a la información, tanto del servicio como de la metodología.

De la misma manera, se tuvieron en cuenta cuatro principios éticos: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Todos los ingresos fueron voluntarios y aceptados tanto por la persona como por su entorno social y comunitario. Se ofrecieron las mismas oportunidades en calidad del servicio, y se respetó en todos los casos la individualidad dentro de la institución (horarios de descanso, objetos personales y costumbres, entre otros factores).

El preingreso en Mas Sauró consta de diferentes fases de evaluación que permiten:

- Al nuevo residente:
  - o Realizar el proceso de forma progresiva.
  - o Minimizar estados de ansiedad provocados por el cambio de residencia/lugar de vida.
  - o Iniciar el proceso de creación de vínculo con el nuevo proyecto de vida.
- Al equipo:
  - o Conocer a la persona.
  - o Recoger los datos necesarios por parte de la persona, la familia o entidad tutelar y de los profesionales del recurso actual, a nivel médico, psicológico, social, conductual o de otros aspectos relevantes para la persona (aficiones, hobbies, miedos...)

- Detectar las necesidades específicas y soportes que va a precisar la persona.
- Traspasar la información a todo el equipo de profesionales.
- Al entorno social:
  - Facilitar el proceso de adaptación de la familia/entidad tutelar con entrevistas explicativas del funcionamiento del centro.
  - Facilitar el vínculo de relación con la familia y entidad tutelar.
- Al resto de residentes:
  - Reducir el impacto de la llegada de un nuevo compañero al centro.
  - Iniciar el proceso de interrelación entre iguales con el compañero nuevo.

#### Fases del ingreso:

1. Desde del departamento correspondiente nos envían un caso a valorar acorde con el perfil del centro. El caso se plantea en reunión de equipo, se valora su idoneidad (perfil de persona con discapacidad y trastorno de conducta), y se contacta con la persona de referencia para acordar fecha de entrevista para una primera valoración.
2. En la **primera entrevista** se recoge información y se pone en conocimiento de los referentes el tipo de recurso, funcionamiento, perfiles, actividades, normativa.
3. **Visita a la persona en su recurso de origen o domicilio.** Se realiza una visita al lugar de origen de la persona, con la finalidad de que reconozca algunos profesionales del centro, y estos puedan ver la disposición y valorar al futuro residente. Se recogen datos directamente de la persona usuaria y se le da la misma información que en la entrevista a los responsables. Es en ese momento que la persona tiene un espacio para manifestar lo que espera del centro, deseos, motivaciones, etc.



4. **Visita al centro.** Previo a la fecha de ingreso se concierta una visita al centro guiada por sus futuros referentes y algún compañero. En caso de existir la posibilidad de ingreso, se le muestra su futura habitación. Se le aclaran todas las dudas surgidas desde la visita anterior para minimizar sus inquietudes.
5. **Ingreso.** En el día del ingreso al centro se realiza el proceso de acogida por parte de las personas que realizaron la visita al domicilio o recurso y los que acompañaron en la visita al centro (comité de bienvenida). Se instaura a la persona en su unidad de convivencia y habitación, recibéndole con un regalo de bienvenida y dándole la opción a que escoja el menú del día.

## **II. LA PERSPECTIVA ORGANIZATIVA**

## ESPACIO DE VIDA Y ENFERMEDAD MENTAL

Julián Camacho

*“Nosotros damos forma a nuestros edificios y ellos,  
después, nos forman a nosotros”.*

*Sir Winston Churchill*

### Resumen

---

A partir del análisis y de las necesidades de espacio físico en un centro residencial de adolescentes tutelados, con trastorno mental grave, se inició una reflexión en torno a la arquitectura y al ambiente del espacio y cómo influyen en las dinámicas individuales y grupales de los adolescentes que residen. ¿Cómo pensar el proyecto educativo y clínico desde una ética del espacio? La residencia, o *home* (en el sentido que le dan los ingleses) también marca la calidad de vida.

A través de la psicología ambiental y los valores éticos que se promueven se intenta captar la interrelación que se da entre las personas y los espacios. Y se presentan los niveles desde los que podemos enfocar el ambiente: el natural, el humano y el social.

**Palabras clave:** Arquitectura, hogar, salud mental.

---

### Espacio físico y la calidad de vida

*Desde la ecología y lo filosófico*

Hay investigaciones sobre la importancia de la influencia del ambiente para la salud mental de la sociedad y de los individuos. Esta afirmación procede sobre todo de la ecología, que es el estudio de la relación de los organismos con su ambiente, y de la epidemiología, que estudia las variaciones en las tasas de enfermedades influenciadas por factores ambientales en poblaciones diferentes (de la Fuente).

La salud mental, según de la Fuente, es salud integral: no sólo es ausencia de enfermedad, sino también el desarrollo de las potencialidades para la vida y la interacción social, que son inherentes a la naturaleza del ser humano.

En ese sentido, hay que tener en cuenta una serie de factores socio-ambientales que pueden generar estrés psicológico y que, a su vez, pueden provocar afecciones corporales y/o mentales:

1. El concepto de territorialidad, se puede entender como el espacio o área que rodea nuestro cuerpo. Hay estudios que indican que la “violación” de este espacio personal puede ser vivida como una amenaza, generadora de ansiedad y conductas defensivas.
2. La sobrecarga de información puede provocar estrés psicosocial.
3. El ruido, un elemento ambiental que puede provocar tensión e irritabilidad, y que añadido a otros elementos puede apoyar ciertas enfermedades.

Adaptarse a vivir en condiciones ambientales adversas genera cambios en la mente de las personas. Se ha hecho evidente el impacto social que la arquitectura genera en la población y en su entorno, es por ello, esencial que los arquitectos colaboren en la aportación de soluciones en conseguir un buen equilibrio entre el desarrollo humano y la gestión ecológica del entorno. Es evidente el valor de la vivienda, no sólo para la calidad de vida en general sino, más en concreto, para las personas con trastornos mentales y su desarrollo integral.

Los edificios tienen como objetivo, sobre todo, la protección, ya que nos protegen de la intemperie, de las agresiones, de los desastres naturales, etc. También protegen nuestra intimidad y nuestros bienes materiales. Además, cubren el objetivo de nuestra identidad, definen quiénes somos, cómo vivimos, cómo aprendemos, cómo nos integramos en el medio...

La incorporación del concepto de salud comunitaria ha supuesto experiencias innovadoras en la atención a la salud mental, ha generado cambios en la orientación de políticas asistenciales, cambios organizativos, arquitectónicos e ideológicos. La arquitectura, como disciplina que interactúa, está asociada a las corrientes de pensamientos y características sociales de cada época en la que se desarrolla.

Pallasmaa, arquitecto finlandés, propone una arquitectura hecha desde el tacto, el sentido por excelencia que acerca y comunica, piensa que la arquitectura ha

de atender al “ser-en-el-mundo” (apertura al mundo) del ser humano. Este término filosófico fue acuñado por Heidegger. Según el pensador, el habitar es la clave de la unión, al confluir tanto el pensar como el construir. Esto será posible desde la escucha mutua, el pensar el habitar de un modo esencial y el construir desde este hábitat esencial (Aísa, Isabel 2012). El construir auténtico trasmite la cura desde el habitar y por el habitar. Pensar y construir se relacionan entre sí, pensando para el habitar y construyendo desde el habitar.

La vivienda y el hogar son elementos decisivos que permiten al ser humano desarrollar un sentido de su propio yo, en tanto que pertenece a un lugar determinado (Vásquez):

“Todo espacio realmente habitado contiene la esencia del concepto de hogar, porque allí se unen la memoria y la imaginación, para intensificarse mutuamente. La casa representa una de las principales formas de integración de los pensamientos, recuerdos y sueños de la humanidad. Sin ella el ser humano sería un ser disperso”.

#### *Desde la ética y lo social*

Muchas veces se ha planteado la ética en el trabajo de los educadores, psicólogos, pedagogos y de diversos profesionales, así como sobre el trabajo de los equipos multidisciplinares que comparten un tiempo y un saber, en relación a la educación y bienestar de niños y adolescentes tutelados por la DGAIA.

Esta ética queda encuadrada en lo que podemos nombrar la ética de la intervención social, que parte como elemento básico de los Derechos Humanos recogidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, donde se reconoce que "la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y a una asistencia especial".

Con más incidencia si cabe, a la atención a la infancia y a la adolescencia con necesidades especiales, según los artículos recogidos en la Convención de Derechos sobre los Derechos del niño de 1989:

“Artículo 23: Los niños mental o físicamente impedidos tienen derecho a recibir la atención y la educación especial, con el objetivo de adquirir su autosuficiencia e integración activa en la sociedad.

Artículo 27: Se ha de procurar la igualdad de oportunidades y se han de atender las necesidades fundamentales de los niños, que tienen derecho a un nivel de vida adecuado”.

Quizás la mejor manera de dar derecho y garantizar la protección a la infancia, social y jurídicamente, es promoviendo su autonomía como sujetos. De hecho, el ordenamiento jurídico impone, de forma progresiva, una concepción de los niños y adolescente como sujetos activos, creativos y participativos, con capacidad de modificar su medio personal y social, de participar en la búsqueda y satisfacción de sus necesidades y en la satisfacción de las necesidades de los demás.

Es imprescindible que en la atención a la infancia y la adolescencia desde la vertiente de la intervención social haya:

- Una ética de la organización, que ha de clarificar qué se quiere lograr como organización y cómo se quiere conseguir.
- Una propuesta de elementos de reflexión y recomendaciones a los profesionales de la atención a la infancia y la adolescencia para una atención respetuosa hacia ellos y sus familias.
- Un espacio de discusión, participación y reflexión (comités éticos) para hacer partícipes a los profesionales y para mejorar el proceso de la toma de decisiones.
- Por lo tanto, el desarrollo y puesta en movimiento de una ética asegura la protección de los derechos de los niños y adolescentes. Para ello, es imprescindible poner en práctica los principios consensuados para la bioética de la intervención social son: autodeterminación, promoción del bienestar, igualdad y justicia distributiva.

*Desde la arquitectura y lo psicológico*

La arquitectura ya hace tiempo que ha acogido a la psicología a la hora del desarrollo de proyectos que mejoran la calidad de vida de las personas y de la sociedad en general. Desde el mundo hospitalario se encuentran muestras de "pensar el espacio", es decir, espacios que pretenden ser terapéuticos o, al menos, que lo faciliten y, si es un espacio residencial, que hagan que la calidad de vida de los que allí viven se vea incrementada. Repasando experiencias, he encontrado:

- 1 Al arquitecto Víctor Castro, que ha diseñado diferentes hospitales franceses, donde se trabaja con personas con trastornos mentales y ha escrito un libro que se llama *La arquitectura, los pacientes*. Algunas de sus manifestaciones, parafraseando al autor, son:
  - “Integrar la arquitectura dentro de la terapia. Puede resultar muy pretencioso imaginar que la arquitectura forma parte de la terapia, pero lo cierto es que sí puede aportar la sensación de bienestar. Por eso la amplitud en los corredores, el manejo de la curva y el uso del color no está asociado con la higiene de un espacio de laboratorio o clínica técnica.
  - Evaluar el acercamiento al ser humano. Ver cómo la nobleza del espacio y las formas suaves pueden contribuir a la tranquilidad del paciente.
  - Diseñar el espacio para que el paciente, en lugar de sentirse aislado, se reintegre a la vida.
  - Manejar el color y la luz de tal forma que el enfermo, antes que sentirse angustiado, tenga tranquilidad”.
  
- 2 El Grupo Hospitalario Quirón que ha publicado *Edificios que Sanan. Instalaciones hospitalarias de vanguardia*. Se trata de un libro sobre la arquitectura hospitalaria, donde se muestra cómo esta arquitectura se caracteriza por plantear edificios amables, funcionales, donde se puede circular de forma ordenada, y cómo influyen los elementos de la luz, el espacio o los materiales en la recuperación y el bienestar de los pacientes y su entorno. A parte de estos elementos mencionados también trata sobre la eficiencia,

sostenibilidad, la seguridad y la decoración e interiorismo. Han participado tanto arquitectos como ingenieros e interioristas.

- 3 También se ha investigado y trabajado sobre el tema de las discapacidades cognitivas y espacio, como por ejemplo la arquitecta Brusilovsky, que trabaja en temas de Accesibilidad Cognitiva. Ella plantea el objetivo de acoplar el diseño espacial con el bienestar de las personas, logrando un mayor rendimiento y bienestar para ellas, ya que estarán más cómodas y seguras en un entorno adecuado, adaptado a sus cualidades, habilidades y necesidades físicas y psicológicas. El objetivo debe ser la realización de las tareas de la vida cotidiana en un ambiente relajado, facilitado por una buena comunicación oral y espacial, propiciada al máximo por el contacto interpersonal y las facilidades del entorno. Afirma que el éxito del diseño radica en una ausencia total de estrés en las personas por motivos ambientales.

Según la psicología ambiental, que analiza la interrelación entre las personas y los ambientes físicos reales que estas ocupan, el ambiente afecta el comportamiento de las personas, aunque no sean conscientes de su influencia. Así pues, el objeto de estudio característico de la psicología ambiental es la interacción entre las personas y sus entornos. Esta interacción se enmarca necesariamente dentro de un contexto social. Es en estos términos que la cuestión planteada permite reconsiderar la psicología ambiental como psicología social ambiental. Según esta, el ambiente se puede enfocar desde tres niveles de análisis:

- **El ambiente natural.** Se refiere a la influencia que ejerce el medio ambiente sobre los seres humanos. Percepciones, actitudes, conductas frente a este medio.
- **El ambiente humano.** Es el ambiente elaborado o creado por las personas, edificios, mobiliario, decoración, colores, luz, etc.



- **El ambiente social**, que hace referencia al espacio personal, la intimidad, la territorialidad geográfica, el sentimiento de hacinamiento y la ecología del grupo humano más próximo.

E.T. Hall fue el primero en identificar el concepto de “prosémica” o espacios interpersonales, y describió las distancias subjetivas que envuelven a una persona. Esto puede ser objeto de medidas que determinan los tipos de espacios que han de ser respetados cuando las personas interaccionan entre sí. Describió tres espacios relativos al territorio (Lolito, F.):

- El espacio fijo, determinado por las estructuras “inamovibles”, como son las barreras entre países.
- El espacio semifijo, es el espacio alrededor del cuerpo, varía en función de la cultura.
- El espacio social, el autor define cuatro tipos de distancia: íntima, personal (trabajo, reuniones, fiestas...), social (personas no conocidas) y pública (conferencias, charlas...).

#### *Desde la experiencia propia*

La reflexión que presento está enmarcada en una experiencia profesional dentro del Centro Can Rubió de la Dirección General de Atención a la Infancia y Adolescencia (DGAIA), que acoge a jóvenes menores de edad, tutelados por la Administración con trastornos mentales graves.

El perfil de los jóvenes que residen en Can Rubió tienen unas características personales que hacen referencia a:

- Dificultades con el saber, no sólo con el saber relacionado con los aprendizajes escolares sino con el saber respecto a sí mismos y a las cuestiones más vitales de la existencia.
- Su manera de tratar la angustia es a través de:

- a. Pasaje al acto<sup>63</sup>
  - b. No querer conocer su propio malestar.
  - c. El opositorismo
  - d. Cargar a los demás las causas de su propio malestar
- Dificultades para establecer relaciones sociales. Les da miedo la relación afectiva, porque tienen pánico a la invasión y a la intrusión.

Estas dificultades coexisten de forma simultánea con el deseo de relación y la necesidad de contención. Necesitan una relación estable, de confianza y con garantías, en la que puedan confiar y evolucionar. Así pues, el problema es el vínculo, aunque, al mismo tiempo, el vínculo también es la ayuda.

Can Rubió es un Centro Residencia Acción Educativa, que pretende ser centro terapéutico, y desarrolla una educación intensiva en el que todas las actividades diarias se realizan en el propio centro. Se trata de un centro abierto y contenedor. Cuenta con dispositivos educativos de ámbito escolar, formativo y lúdico-deportivo. La contención pasa por la organización y la intervención humana. Dispone de un equipo clínico externo, a tiempo parcial, integrado dentro de la estructura del centro, que ofrece tratamiento psicoterapéutico, psiquiátrico y atención de enfermería.

Las relaciones de los chicos y chicas con el exterior son gestionadas desde el centro en función de las capacidades de cada uno de ellos, el momento evolutivo en el que se encuentran, las posibilidades de beneficiarse de ella y el estado de la familia o referentes. Los jóvenes necesitan, por un lado, vigilancia constante y, por otra, asistencia individual que les permitan desarrollar sus capacidades.

Desde el centro, sentimos que los demás profesionales del campo esperan que nuestro trabajo favorezca que los jóvenes pasen del comportamiento disruptivo

---

<sup>63</sup> El concepto de “pasaje al acto” viene de la psiquiatría francesa. Se refiere a los actos impulsivos, de naturaleza generalmente violenta o criminal, que a veces señalan el comienzo de un brote psicótico. Se supone que estos actos marcan el punto en que el sujeto pasa de una idea o una intención violenta al acto correspondiente. El pasaje al acto es una salida de la red simbólica, lo que también implica una disolución de los lazos sociales. Según Lacan, sin embargo, no hay en él, necesariamente, una psicosis subyacente; pero conlleva, de cualquier manera, la disolución del sujeto que, por un momento, se convierte en un puro objeto.

y de aislamiento, a la vida en sociedad de una forma estable. De la dependencia total al grado de autonomía posible según sus potencialidades. Por esta razón es necesario que el centro esté muy próximo o dentro de una población, sino resulta complicado que se integren en la colectividad. El aislamiento dificulta esta integración y también limita el contacto con las familias.

Los espacios deben aportar seguridad a los jóvenes, porque la inseguridad en esta población puede provocar más trastornos mentales, o agravarlos. La estructura del centro tiene que ser funcionalmente adecuada, para que los jóvenes tengan las mismas posibilidades de unirse al grupo que acogerse a la intimidad de su habitación. Las habitaciones deben ser individuales, porque tener un ambiente íntimo puede contrarrestar los efectos de la vida en común de todo el día. El espacio debe propiciar una orientación fácil y debe tener una armonía de proporciones, de colores y buenos materiales. También debe cumplir todas las medidas establecidas en los planes de seguridad. Esta estructura debe facilitar la función de supervisión y control de situaciones conflictivas. Hay que tener presentes las situaciones en que se necesite la contención física. Pero, al mismo tiempo, este espacio debe reunir las características de un hogar, prestando las cualidades de calor y confort familiar.

## **Conclusiones**

Desde los profesionales pensamos en nuestro espacio y en el espacio de trabajo con los niños. Nos interesa que los jóvenes estén bien, que el ambiente sea bueno... pero, ¿pensamos el espacio propio de los niños? ¿Cuánto de terapéutico tiene el ambiente? ¿Cuál es la relación entre el grupo de convivencia y el espacio? ¿Cómo influye el espacio en la generación de conflictos intergrupales?

La interacción con el entorno es fundamental a la hora de construirnos como personas, la arquitectura puede manifestarse en las personas que la habitan más allá de las condiciones de uso o funcionales, puede tener condiciones adecuadas para su desarrollo emocional, mental y espiritual. Los edificios pueden mostrar diferentes características, tales como la seguridad, el calor, la luz o la serenidad, por citar

algunos. Por ello es importante que hayan estado planificados desde el compromiso de servicio al usuario.

La idea de fondo es fácil de comprender de una forma intuitiva, si más no, el diseño, la distribución de espacios, los colores, etc., y la psicología, constituyen ingredientes de una misma receta, que implican, sin duda, un paso hacia el bienestar de las personas. Es necesario evidenciar que no existe una ciencia única que pueda explicar y fundamentar los fenómenos relacionados con los seres humanos de una forma plena y exhaustiva. El conocimiento aislado en un ámbito determinado no tiene valor en sí mismo, hace falta que interactúe con otras áreas de conocimiento, con una finalidad concreta.

Es evidente que hay unas necesidades en cada grupo de población, es necesario adecuar las infraestructuras y los espacios a sus necesidades, que proporcionen o faciliten los recursos para mejorar su salud y ayuden al desarrollo de su autonomía. Los espacios no definen el diagnóstico de la persona, pero sí que lo influyen. Con los espacios no se hace terapia, pero sí que existen espacios terapéuticos, entendiendo como terapéutico aquello que permite que una persona pueda encontrarse mejor, más a gusto, más acogida o más serena.

La relación entre la psicología y la arquitectura; el espacio y el individuo; la comunicación (uso del lenguaje); el respeto por el medio ambiente y la calidad de vida a la que aspiramos, deberían ser el leitmotiv de nuestro “hacer” o “ser-en-el-mundo”. El espacio sensorial mantiene vínculos con el paisaje cultural del que forma parte. El entorno arquitectónico tiene significado y mantiene relaciones ideológicas, metafísicas y estéticas. El espacio, al igual que la materia, tiene dimensión, proporciones, color, textura, luz, complejidad, y dinamismo entre otras cualidades. También tiene correspondencia y pertinencia en relación con el uso, e incorpora una dimensión ética.

## BIBLIOGRAFÍA

- AÍSA, I. “Arquitectura y Sensibilidad. Filosofía en la arquitectura de Juhani Pallasmaa Sevilla”. *Thémata. Revista de Filosofía*. Departamento: Universidad de Sevilla. Número 45, 13-21. 2012. *Disponible en línea*: [http://institucional.us.es/revistas/themata/45/art\\_1.pdf](http://institucional.us.es/revistas/themata/45/art_1.pdf)
- BRULLET, M., PINEDA, A., CARDENAL J.C., GALLOSTRA, J., AGUILERA, P., BROGUERAS, S. *Edificios que sanan*. Barcelona: Grupo Hospitalario Quirón, 2011.
- BRUSILOVSKY FILER, B. *Accesibilidad cognitiva. Modelo para diseñar espacios accesibles*. 2ª Edición. Colección Democratizando la Accesibilidad Vol. 6. La Ciudad Accesible, 2015.
- CLARIN. “La arquitectura que influye en la psicología humana”. En: *Ciudades; Tres dimensiones*, 2016. *Disponible en línea*: [https://www.clarin.com/ciudades/arquitectura-influye-psicologia-humana\\_0\\_HJeQwmhw.html](https://www.clarin.com/ciudades/arquitectura-influye-psicologia-humana_0_HJeQwmhw.html)
- DE LA FUENTE, R. “El ambiente y la Salud Mental”. En: *Salud mental*. Vol 2, núm 1., 1979. *Disponible en línea*: <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm0201/sm020106.pdf>
- DEL VALLE, J.F., BRAVO, A., MARTÍNEZ, M., SANTOS, I. “Estándares de calidad en acogimiento residencial especializado”. *EQUAR-E*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012.
- DGAIA “20 anys d’un projecte residencial i educatiu en salut mental per a adolescents. D’El Garraf a Can Rubió. 1992-2012”. *Col·lecció Infància i Adolescència* núm. 9. Barcelona: Generalitat de Catalunya Departament de Benestar Social i Família Direcció General d’Atenció a la Infància i l’Adolescència, 2013.
- *Projecte Educatiu Centre Can Rubió*. Document Intern, 2015.
- *Programa Marc per als Centres Residencials*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2015.
- DEPARTAMENT DE TREBALL, AFERS SOCIALS I FAMÍLIES. TAULA NACIONAL DE LA INFÀNCIA DE CATALUNYA. *Model assistencial en Salut Mental a la Infància i l’Adolescència atesa en el Sistema de Protecció*. Generalitat de Catalunya: Barcelona, 2016.
- MAYORAL, J. “Ética en los servicios sociales. Infancia y adolescencia”. *Papers d’Acció Social*, 8. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2009.
- VALERA, S., POL, E. I VIDAL, T. “Psicología Ambiental. Elementos Básicos”. Departamento de Psicología Social, Universitat de Barcelona. *Disponible en línea*: [http://www.ub.edu/psicologia\\_ambiental/uni1/1140.htm](http://www.ub.edu/psicologia_ambiental/uni1/1140.htm)

- VÁSQUEZ, A., “Arquitectura, Diseño y Filosofía en Heidegger; Construir, Habitar, Pensar”. 2006. *Disponible en línea:*  
[http://www.arqchile.cl/arquitectura\\_heidegger.htm](http://www.arqchile.cl/arquitectura_heidegger.htm)

## ÉTICA EN EL ABORDAJE DEL ADOLESCENTE CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES EN CENTROS DE JUSTICIA JUVENIL

Maria Ribas  
Oriol Canalías

### Resumen

---

La actual situación de crisis social y económica está repercutiendo en las actuaciones en materia de atención sanitaria y judicial de los menores. Por ello es importante plantear qué relación debe establecerse entre los profesionales sanitarios y los judiciales en los casos de adolescentes con problemas de salud mental y/o adicciones que actúan de forma transgresora. La prevención, medidas reparadoras educativas y rehabilitación y reinserción social del adolescente transgresor serán elementos clave para acompañar al adolescente en situación de vulnerabilidad.

**Palabras clave:** salud mental, adolescente, justicia juvenil, ética.

---

### Introducción

La ética aplicada a la relación asistencial, entendida como la parte de la bioética que se preocupa del ámbito clínico y que se centra en las relaciones humanas está de moda. En los últimos tiempos se ha convertido en una herramienta imprescindible para la resolución de problemas y conflictos de una forma multidisciplinar, pero aún queda camino y su inclusión en entornos y ámbitos complejos, en los cuales se produce una intersección entre diferentes disciplinas, se hace necesaria.

La realidad de la delincuencia juvenil en nuestra sociedad sigue siendo una cuestión poco evaluada y estudiada, además de estigmatizada, no existiendo demasiados foros que presenten una visión objetiva y real de la problemática del adolescente transgresor. La situación es aún más desconocida en relación al

abordaje, tratamiento y rehabilitación de adolescentes con problemática de salud mental y adicciones y conductas transgresoras. Se da la situación paradójica de que en estos casos, el sistema judicial de menores considera a estos jóvenes como responsables de sus actos y, el sistema sanitario, los reconoce como víctimas de su propio trastorno.

Esta doble circunstancia puede generar algunas cuestiones: ¿Qué repercusión puede tener el deber de secreto profesional en la relación entre ambos sistemas, el sanitario y el judicial? ¿Cómo fomentar la coordinación para asegurar la protección del interés superior del menor? Otras inquietudes surgen en la intervención terapéutica específica con estos adolescentes y sus familias, cuestiones éticas diversas: ¿cómo potenciamos la autonomía, la toma de decisiones en un entorno judicial y privado de libertad? ¿Cómo ejercemos la no maleficencia en el manejo de la información terapéutica? ¿Realmente pueden ser responsables los menores con la capacidad volitiva y cognitiva alterada? Numerosas son las cuestiones entorno al adolescente transgresor con problemas graves de salud mental y adicciones.

Revisaremos brevemente qué significa ser adolescente y la vulnerabilidad asociada a esta etapa, la ley de Responsabilidad Penal del Menor y algunas de sus implicaciones a nivel asistencial, centrándonos en el tratamiento obligatorio y la voluntariedad de ingreso, la confidencialidad de la información y la coordinación entre el sistema sanitario y judicial, y las dificultades en la reinserción comunitaria relacionadas con el entorno familiar, todo ello junto con reflexiones en torno a los principios de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia.

El conflicto es una característica inherente de las relaciones humanas, los adolescentes transgresores son víctimas de sí mismos en una etapa especialmente crítica, en la cual aparece asimismo el pensamiento ético, donde deben propiciarse las mejores condiciones para acompañar en el tránsito hacia la vida adulta. Es una gran responsabilidad la que compete a todos los profesionales e instituciones que intervienen con jóvenes transgresores, aún más cuando tratamos con los más vulnerables, aquellos que presentan problemas de salud mental y/o adicciones y entornos familiares y/o sociales gravemente afectados.



### **Adolescencia, conflicto y salud mental**

La adolescencia es un periodo de desarrollo en el cual se producen profundas transformaciones y cambios madurativos/genéticos, neurohormonales, corporales, cognitivos, emocionales y psicosociales. Es una etapa de transición e inseguridad, también es el periodo en el cual se consolidan valores, actitudes y estilo de vida. Señalar el límite entre lo normal y lo patológico en la adolescencia es difícil (Freud, 1965), porque los jóvenes atraviesan desequilibrios e inestabilidades extremas.

Ante el desafío de construir su identidad y en el camino hacia la autonomía se produce la separación progresiva y el conflicto con los padres, surge una fuerte tendencia a relacionarse fundamentalmente con el grupo de iguales, aparecen actitudes sociales reivindicativas, contradicciones sucesivas en todas las manifestaciones de la conducta, crisis místico religiosas y en relación al propio sentido de la vida. Los cortocircuitos del pensamiento, la desaparición momentánea de lo conceptual lógico, y la expresión a través de la acción, aunque en forma fugaz y transitoria, son frecuentes y constantes (Aberasturi y Knobel, 1988). Algunos jóvenes presentan una mayor tendencia a la expresión mediante el conflicto, son aquellos que suman un mayor número de factores de riesgo y con menos factores de protección, son los más vulnerables. Algunos, además, presentan una situación más grave, padecen un trastorno mental, una psicosis, un trastorno del espectro autista, hiperactividad, consumo de tóxicos, etc., que afectan su capacidad cognoscitiva y volitiva.

Según el informe del Observatorio de Salud de la Infancia y la Adolescencia FAROS Sant Joan de Déu (Álvarez, Guillen, Portella y Torres, 2008), los trastornos mentales en la infancia y adolescencia, dentro de la población menor de 15 años, ocupan el tercer lugar de prevalencia de enfermedades infantiles en España. La mitad de todos los trastornos de salud mental en la edad adulta empiezan a manifestarse a los 14 años pero, la mayoría de los casos, no se detectan ni son tratados. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) la depresión es la principal causa de enfermedad y discapacidad entre los jóvenes de ambos sexos de edades comprendidas entre los 10 y los 19 años.

En relación al consumo de drogas, la prevalencia de consumo en España de cannabis y cocaína en población adolescente es de las más altas de Europa (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2012). Los trastornos relacionados con la drogadicción en la adolescencia son causados por múltiples factores, incluyendo la vulnerabilidad genética, los factores ambientales estresantes, las presiones sociales, las características individuales de la personalidad y los problemas psiquiátricos. La adicción a las drogas repercute de forma directa en el aumento de la violencia y la dificultad para una integración social adecuada, afectando a la sociedad en su conjunto.

### **Factores de riesgo y conducta violenta**

La vulnerabilidad del adolescente es inherente a esta etapa vital, pero aún lo es más para aquellos cuyo proceso de desarrollo ha sido interferido por contextos adversos, caracterizados por historias de carencia y maltrato (rupturas de lazos familiares, abandono, abuso sexual, fracaso o abandono escolar, entornos en los que prima la violencia, patrones de conducta delictivos...). La sociedad no ha podido ofrecer los recursos comunitarios necesarios para detectar y evitar estas situaciones adversas, en las cuales se han visto inmersos estos jóvenes, que en otro momento fueron niños desprotegidos.

Aunque no existe ningún factor que por sí solo dé explicación a la conducta violenta, el maltrato sufrido durante la infancia genera problemas de salud mental, abuso de sustancias, aumenta las dificultades en las relaciones interpersonales, el suicidio y la conducta delictiva (Wood, Foy, Layne, Pynoos y Boyd, 2002). Widom y Maxfield (2001) realizaron un estudio longitudinal sobre los efectos del maltrato en la infancia, la negligencia o el abandono parental. Los resultados indicaron que las personas con antecedentes de abuso, maltrato o negligencia en la infancia tenían una probabilidad de tener un arresto en justicia juvenil de un 59%, como adulto del 28% y por un crimen violento en un 30%. El estudio muestra que el “ciclo de la violencia”, hipótesis que sugiere que una historia en la infancia de abusos físicos predispone posteriormente a la repetición de la conducta violenta, es mucho más

amplio, los niños víctimas de negligencia son asimismo propensos a desarrollar conductas trasgresoras graves.

Detrás de la conducta transgresora de los adolescentes que se encuentran en Centros Educativos de Justicia Juvenil encontramos a menudo necesidades afectivas no cubiertas y vínculos primarios deficitarios. Pero también encontramos tal y como expresó Winnicott (1954) “un SOS en busca del control ejercido por personas fuertes, cariñosas y seguras”, el acto delictivo tiene un significado, es una apelación a las figuras paternas o cuidadores que han fallado en su función, la tendencia antisocial del adolescente es un reclamo a otro que pueda ocuparse de él.

### **Adolescentes transgresores**

Los adolescentes atendidos en el ámbito de Justicia Juvenil presentan índices de trastorno mental superior que la población general. Los estudios indican que aproximadamente un 53% cumplen criterios de diagnóstico de trastorno mental, un 26% requieren la intervención inmediata de los servicios de salud mental y un 14% presenta trastorno mental severo. Uno de cada cinco tiene un cociente intelectual menor a 70. Estos jóvenes presentan un riesgo de suicidio cuatro veces mayor que la población adolescente general (Chitsabesan, Kroll, Bailey, Kenning, Sneider, MacDonald y Theodosiou, 2006).

Estos datos son congruentes con los hallados en la población atendida en Centros de Menores de Cataluña. En el año 2015, el 50% de los adolescentes internos en Centros de Justicia Juvenil requieren atención especializada en salud mental y adicciones; los diagnósticos más frecuentes son el Trastorno por consumo de sustancias (52%), el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (31%), los trastornos de personalidad (27%) y los trastornos afectivos (15%); el 17% de estos jóvenes presenta un retraso mental leve<sup>64</sup>. Los síntomas que presentan son de mayor intensidad y duración, existe una desorganización marcada por una compulsión a la acción, elevada intolerancia a la frustración, una visión distorsionada de la realidad, dificultades muy importantes en la mentalización de los

---

<sup>64</sup> Fuente. Historia Clínica Informatizada Parc Sanitari Sant Joan de Déu

conflictos, pobreza de juicio, dificultades para acceder al pensamiento abstracto, rigidez cognitiva, vulnerabilidad yoica y déficits en el establecimiento de vínculos. En relación a la situación familiar, aproximadamente el 16% de los casos atendidos presentan antecedentes delictivos familiares, el 57% de los progenitores están separados y en el 20% de los casos había fallecido uno o ambos padres. El maltrato psicológico se da en el 52% de los casos y el físico en el 26%.

Estos datos apuntan a un porcentaje elevado de disfunciones en el entorno del menor, donde abundan mensajes contradictorios e incongruentes, que han dificultado un desarrollo que integre valores pro-sociales y en los cuales el individuo acaba aplicando una lógica para poder adaptarse y sobrevivir. Cuando aquel que dice y debe proteger, cuidar y amar a un niño lo lastima y lo agrede, las percepciones no coinciden con los sentimientos, la incongruencia entre la actitud y la conducta, entre lo que se dice y lo que se hace, crea confusión y conduce a construcciones erróneas sobre uno mismo, el entorno, sobre el concepto y el rol del padre y de la madre, sobre el verdadero sentido del amor y el odio.

### **Responsabilidad Penal del Menor**

La responsabilidad penal de los menores que delinquen, aplicada a todos los adolescentes mayores de 14 y menores de 18 años, es un tema que suscita diferentes reacciones y sentimientos en la sociedad, en ocasiones surge la exigencia de que estos chicos/as sean sancionados, responsabilizados y que aumente el control, primando criterios de seguridad y defensa social, por sus actos delictivos, y al mismo tiempo aparece el deseo de protegerlos de las carencias que han sufrido, reeducarlos, rehabilitarlos y reinsertarlos.

La Ley Orgánica 5/2000, de 12 de Enero, reguladora de la responsabilidad penal del menor (LORPM), desde su aprobación, ha sufrido cinco reformas legislativas. Se endurece la respuesta penal sobre los menores que comentan delitos graves (homicidios, terrorismo...), elevándose los límites superiores del internamiento en régimen cerrado y se obliga al Juez a que imponga esta medida. Se instauran periodos de seguridad en los que la medida no puede ser modificada. Se

aplaza la aplicación de la ley a los mayores de 18 y menores de 21 años. Se añade la medida de inhabilitación absoluta, la cual carece de contenido educativo. Posteriormente, se modifica para ampliar los supuestos en que pueden imponerse medidas de internamiento en régimen cerrado, se aumenta el tiempo máximo de internamiento, su cumplimiento en centros en los que se refuercen las medidas de seguridad impuestas y la posibilidad de su cumplimiento, a partir de la mayoría de edad, en centros penitenciarios de adultos.

Algunas de estas modificaciones son producto y consecuencia de la alarma social creada por la comisión de determinados delitos graves por parte de menores, la percepción social viene siendo en los últimos años un factor determinante en las reformas penales (Varona, 2009), todas ellas orientadas a endurecer el tratamiento penal de los menores. A pesar de disponer de una Ley de Responsabilidad Penal del Menor que se basa en un modelo educativo-reparador, con medidas orientadas a la resocialización y reinserción, en el cual el adolescente tiene que asumir las consecuencias de sus actos y que prioriza el interés superior del menor, corremos el riesgo de que triunfe la ideología que aboga por aumentar medidas punitivas, sustentadas en una idea de “tolerancia cero”, en lugar de actuaciones orientadas a la prevención, la rehabilitación y la reinserción<sup>65</sup>.

La opinión pública está condicionada actualmente por el tratamiento sensacionalista de algunos delitos, apareciendo la idea de que la delincuencia juvenil está en continuo aumento y cada vez es más violenta (Aizpurúa y Fernández, 2011), generándose un mayor sentimiento de inseguridad ciudadana. Sin embargo, la realidad es diferente. ¿Es lícito que se publique información sensacionalista que afecte negativa y directamente sobre la percepción social de la violencia juvenil con las consecuencias que pueden derivarse de la misma?

En Cataluña, desde el año 2010 se ha producido una disminución constante del número de jóvenes atendidos en el sistema judicial de menores, pasando de 7094 casos en el año 2010 a 5564 en el año 2015. Las medidas de internamiento judicial

---

<sup>65</sup> Maria Jose Jiménez Díaz. (2015) Algunas reflexiones sobre la responsabilidad penal de los menores. Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología, 17-19. <http://criminet.urgr.es/recpe>

han pasado de 614 casos en el año 2010 a 518 casos en el año 2015. A pesar de disminuir la población que anualmente interna en Centros Educativos cerrados que dependen del Departamento de Justicia, se mantiene un aumento de la actividad especializada en salud mental y adicciones que en Cataluña asume el Parc Sanitari Sant Joan de Déu (PSSJD). Desde las 1194 visitas llevadas a cabo en el año 2010 para los 614 menores internos, hasta las 2058 visitas realizadas en el año 2015 a los 518 adolescentes atendidos (Fuente: Historia Clínica Parc Sanitari Sant Joan de Déu). Asimismo, la gravedad de los casos ha aumentado. En la Unidad Terapéutica del Centro Educativo Els Til·lers - PSSJD, el 26% de los casos en el año 2015 presentaban trastornos del espectro psicótico, en comparación al 10% detectado en el año 2010. Los trastornos de la personalidad aumentaron del 15% en el año 2010, al 32% en el 2015. El 47% de los adolescentes atendidos presentó patología dual y aproximadamente un 9% tres patologías concomitantes asociadas.

### **Obligatoriedad de tratamiento e ingreso voluntario**

En la Unidad Terapéutica (UT) del CE Els Til·lers, los tratamientos especializados para menores infractores con problemas de salud mental y adicciones se enmarcan en el modelo de una Comunidad Terapéutica con un abordaje biopsicosocial. Se requieren intervenciones interdisciplinares, con una elevada interacción y coordinación entre los profesionales, así como entre los Departamentos de Justicia y Salud.

La UT es un recurso residencial y el tiempo de ingreso está determinado, no únicamente por la situación clínica del menor, sino por la duración impuesta en la sentencia judicial. Existe por tanto privación de libertad decretada por un Juez y, obligatoriedad de tratamiento, es decir, un internamiento judicial terapéutico. Sin embargo, la voluntariedad de ingreso en nuestra Unidad y la aceptación del tratamiento propuesto es imprescindible para poder llevar a cabo una atención especializada que sea efectiva, aún más cuando muchos de los jóvenes jamás se han vinculado con profesionales de la red de salud mental y adicciones y, en segundo

lugar, se encuentran en una situación de privación de libertad, con la consiguiente pérdida de la autonomía, del contacto diario con la familia y con los amigos, etc.

La libertad de elección de tratamiento se considera como una de las cuestiones a cuidar especialmente. Es por ello que el equipo multidisciplinar, tras un proceso de reflexión ético, propuso que el ingreso debería ser voluntario, aceptado por el paciente, fruto de su convicción personal y del acuerdo, no de la imposición externa, respetando el tiempo necesario para que el menor capaz y competente, comprenda la necesidad de llevar a cabo una intervención y abordaje especializado y pueda expresar sus inquietudes, temores y sus preferencias. El adolescente debe ser el verdadero responsable y protagonista de sus decisiones. El principio de Autonomía formulado por Beauchamp y Childress (1979), se incorpora a la complejidad de la intervención con adolescentes privados de libertad.

¿Cómo compatibilizar la autonomía de decisión del paciente con la sentencia emitida por un Juez de Menores de obligatoriedad de tratamiento? La coordinación con el sistema judicial de menores es imprescindible. Los Jueces de Menores aceptan las propuestas de intervención clínica, no exigiendo el ingreso terapéutico inmediato en nuestra Unidad, respetando el principio de beneficencia, es decir, el interés superior del menor, el cual debe ser explicitado por los profesionales clínicos que lo atienden.

Sin embargo, en aquellos casos en que el juicio de un menor está alterado, no siendo competente para valorar los beneficios de la intervención, se procede al ingreso terapéutico sentenciado. El principio de autonomía queda en un segundo plano en aquellos casos en que la competencia del menor está comprometida, valorándose mayores los beneficios producto de la intervención (Principio de no Maleficencia) ya que la omisión de tratamiento promovería un daño deliberado<sup>66</sup>. Asimismo, la Ley 41/2002, de 14 de Noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, abre también la posibilidad de primar la protección (externa) sobre la

---

<sup>66</sup> Los principios de No Maleficencia y Justicia obligan con independencia de la opinión y voluntad de las personas, estando en un nivel superior a los principios de Autonomía y Beneficencia (Gracia, 1991)

autonomía personal cuando el usuario no es competente para tomar una decisión concreta a nivel sanitario.

### **Confidencialidad e información clínica**

El tratamiento clínico debe propiciar una alianza terapéutica positiva y la intervención psicoeducativa debe potenciar que se retome el desarrollo emocional, en muchos casos afectado por los numerosos factores de riesgo, y que se generen nuevos valores. El elemento crítico de este proceso son los profesionales. No es posible generar confianza, enseñar actitudes, potenciar valores únicamente mediante palabras, los cambios significativos se producen cuando están presentes en las relaciones vitales con el otro, lo que se pretende es una conexión personal, en una verdadera dimensión interpersonal. Uno de los objetivos prioritarios de la intervención en la UT es generar vínculos únicos y significativos que puedan llegar a cambiar el apego de los adolescentes, pasando de una interacción marcada por la desconfianza y la individualidad, a una relación donde predomine una base segura y de confianza.

¿Cómo mantener el deber de secreto profesional en un entorno judicial con solicitudes constantes de información sobre la evolución de un menor, sobre su situación clínica, social y familiar? ¿Cómo potenciamos la confidencialidad en el manejo de la información terapéutica? ¿Queda afectada la relación terapéutica con el menor y su familia?

El secreto sobre la propia esfera de intimidad está regulado en la Constitución Española (artículo 18). La 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, recoge aspectos relacionados con el manejo de la información y la intimidad de las personas. La Ley Orgánica de Protección de Datos de 1999, garantiza y protege los datos personales, las libertades y los derechos de las personas.

Beauchamp y Childress (1979) sostienen que la confidencialidad es necesaria para que el paciente pueda aportar información completa sobre su salud, sin ello no



es posible el diagnóstico preciso y los tratamientos efectivos. La confidencialidad es un derecho y también una obligación. Los profesionales sanitarios en el ámbito del sistema judicial de menores tienen un compromiso con el adolescente, el cual comparte su intimidad para una finalidad concreta relacionada con su salud mental. El paciente tiene derecho a que no se revele aquello que expresa íntimamente y en una relación terapéutica. En la reflexión realizada por el equipo clínico de la UT se consensuó que toda información aportada sobre una persona atendida en nuestra unidad a petición del Juzgado de Menores, o para cualquier otra institución que participe en el cuidado del adolescente, sería informada al propio joven, respetando el principio de transparencia, potenciado el conocimiento en relación al uso que se hará de la información.

Los profesionales reflexionan conjuntamente con el paciente en relación al principio de finalidad, para qué se pide la información, garantizando el principio de proporcionalidad, es decir, sólo facilitando la información necesaria y adecuada, y teniendo en cuenta el principio de autonomía, es decir, que la información es propiedad del adolescente y por ello debe consentir en la cesión a terceros, consensuando asimismo los círculos de confidencialidad<sup>67</sup>, es decir, qué información es íntima y jamás será vulnerada, quedando en la relación terapeuta-paciente, qué información será compartida con el equipo multidisciplinar que cuida y atiende al adolescente para favorecer y facilitar su curación y recuperación, qué información será comunicada a la familia y, por último, qué información es imperativo legal que sea comunicada, a petición del Juez en relación a la evolución general del menor, y aquella que justificaría la vulneración de la confidencialidad (riesgo para uno mismo, riesgo para terceros, delitos...). La información aportada siempre es conocida por el menor, a excepción de alteraciones psíquicas que impidan la comprensión de la misma, en cuyo caso es necesaria previamente la estabilización clínica. Los espacios de reflexión ética permiten compartir inquietudes y son una práctica habitual en

---

<sup>67</sup> Comité de Bioètica de Catalunya. *Recomanacions del Comitè de Bioètica de Catalunya sobre la confidencialitat en la documentació clínica informatitzada*. Disponible en: <http://comitebioetica.cat/wp-content/uploads/2014/03/Confidencialitat-de-la-Infomació-clinica-Informatitzada.pdf>

nuestra Unidad, así como las consultas en Comités de Ética Asistencial o de Intervención Social.

### **Dificultades en la reinserción**

La evolución clínica de los menores atendidos en la UT, en un entorno estructurado, con tratamientos intensivos individuales, grupales y familiares es en general favorable. Sin embargo, algunos casos presentan mayor dificultad en la rehabilitación y reinserción. Son aquellos cuyas familias y/o cuidadores presentan disfunciones a nivel emocional y relacional, con dinámicas marcadas por la intolerancia, la falta de respeto, el aislamiento social, conductas adictivas en los progenitores, etc.

La familia es el ámbito natural de desarrollo de los niños, la educación y socialización de los padres es un elemento fundamental en el desarrollo cognitivo, emocional y conductual de un menor. Las Directrices de las Naciones Unidas para la prevención de la delincuencia resaltan la función socializadora de la familia tanto nuclear como extensa, e insisten en el derecho de los menores a recibir una socialización adecuada. Los diferentes estilos educativos inciden directamente en la conducta de los hijos. Un estilo parental coercitivo o autoritario (Compton et al., 2003), una escasa supervisión por parte de los progenitores (Molinonuevo, Pardo, Andi6n y Torrubia, 2004), el maltrato y la negligencia parental (widow y Maxfield, 2001), entre otros factores, aumenta el riesgo de conducta antisocial y violenta en la adolescencia.

Cuando se detectan factores de riesgo relacionados con la crianza de los hijos, el sistema de protección de menores puede actuar. ¿Qué sucede cuando estos casos no son detectados y llegan al sistema judicial de menores? ¿Es justo que únicamente los menores sean responsables penales de sus conductas? ¿Son los únicos que requieren una intervención especializada? La complejidad de los casos atendidos se incrementa cuando se detectan disfunciones familiares graves.

La LORPM en sus principios inspiradores de la ejecución de las medidas destaca la prioridad de las actuaciones en el propio entorno familiar y social, siempre

que no sea perjudicial para el interés del menor. Tiene en cuenta la necesidad de fomentar la colaboración de los padres, tutores o representantes legales. En consonancia con la filosofía de la propia ley, los menores deben asumir las responsabilidades en relación a la conducta transgresora, pero también deberemos incorporar a los progenitores en tanto en cuanto constituyen el principal agente socializador, educativo y social. El rol de los padres debe trascender de la mera representación cuando existen causas penales.

En los últimos años sentencias emitidas por los Jueces de Menores incorporan la necesidad de terapia familiar, la cual sin embargo, solo es de aplicación mientras dura la sentencia de internamiento. ¿Debemos condicionar las terapias familiares a sentencias judiciales? El carácter obligatorio en relación a la intervención familiar se convierte en un proceso voluntario una vez finalizada la medida judicial, ¿acaso no es un derecho del menor la responsabilidad parental más allá del tiempo de la medida?

Las terapias familiares deben surgir de un verdadero compromiso de los progenitores, este es uno de los principales objetivos cuando se inicia una intervención con familias que presentan disfunciones que afectan la evolución de un menor. Se valora en muchos casos prioritario que la terapia familiar pueda tener continuidad asistencial más allá de la duración de la medida de internamiento, a fin de abordar y disminuir los factores de riesgo que aumentan la vulnerabilidad del adolescente y potenciar acciones encaminadas a mejorar las relaciones paterno filiales y las pautas educativas. La sociedad debe hacer una reflexión profunda. Son necesarias líneas estratégicas de intervención relacionadas con los progenitores y con el objetivo de aumentar su capacidad para responsabilizarse, educar y acompañar a los hijos en su camino hacia la ciudadanía plena. Las escuelas de padres pueden ser un elemento prioritario para fomentar la prevención de la conducta transgresora.

## **Reflexiones**

El concepto de vulnerabilidad tiene que ver con los diferentes factores de riesgo y la ausencia de factores de protección que aumentan la probabilidad de que

se produzca un daño, un resultado no deseado en la salud. La niñez y la adolescencia son etapas especialmente vulnerables: en la infancia por la desprotección ante situaciones de negligencia y maltrato, marginación y deterioro social, por la imposibilidad del infante de comprender y expresar, de denunciar... En la adolescencia, por la desorganización personal, bioquímica, psicológica, social y espiritual de esta etapa, por el impacto y las demandas que el adolescente recibe del entorno, de la comunidad y de la familia, así como por el hecho de que la mayoría de enfermedades mentales severas se inician en este periodo. Los adolescentes que presentan conductas transgresoras graves, con delitos que requieren la intervención del sistema judicial presentan numerosos factores de riesgo en su evolución que aumentan la probabilidad de desarrollar conducta violenta. Requieren intervenciones especializadas, interdisciplinarias y con un abordaje biopsicosocial, priorizando la intervención comunitaria.

Las conductas transgresoras denuncian y ponen en evidencia las carencias de la sociedad, la familia, las instituciones, así como de los profesionales, en la detección de las necesidades de los niños. La LORPM responsabiliza al adolescente pero queda abierto el debate sobre la responsabilidad de la familia, de las instituciones... La importancia que la sociedad concede al fenómeno de la delincuencia juvenil requiere respuestas que se construyan desde tres pilares básicos: la prevención, medidas reparadoras educativas y rehabilitación y reinserción social del adolescente transgresor. Asimismo, la percepción social distorsionada sobre esta realidad hace necesarias políticas de información adecuadas, veraces, que primen el interés superior del menor.

La actual situación de crisis social y económica está repercutiendo en las actuaciones en materia de atención sanitaria y judicial de los menores. Algunas medidas judiciales son una alternativa a situaciones no cubiertas adecuadamente, tanto por el sistema de protección de menores como por el sistema sanitario. La falta de plazas en centros de alta dependencia psiquiátrica para menores afecta directamente las posibilidades de gestión clínica de los casos dificultando el cumplimiento de medidas terapéuticas en centros abiertos.

El interés superior del menor incluye también una reflexión de la sociedad, de la familia, de las instituciones, de los políticos. Los menores con conductas transgresoras tienen derecho a una información ajustada y coherente, que evite sensacionalismos generadores de estigma y alarma social, tienen derecho a un tratamiento individual, único, basado en la libertad de elección y la autonomía. Intervenciones con especialistas expertos y con una amplia formación y experiencia técnica, con una visión ética incorporada al abordaje que se lleve a cabo.

La ética aplicada a la relación asistencial se convierte en un elemento fundamental para el tratamiento de estas situaciones de alta complejidad. Deben propiciarse espacios de reflexión y deliberación ética entre los miembros de todo equipo interdisciplinar e interdepartamental que trabaje con menores y adolescentes multiproblemáticos. La formación en aspectos éticos y procesos de deliberación ética son hoy en día más que imprescindibles.

## BIBLIOGRAFÍA

- ABERASTURI, A., KNOBEL, M. *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. México: Ed. Paidós, 1988
- AIZPURÚA, E. Y FERNÁNDEZ, E. “Información, ¿Antídoto frente al “populismo punitivo?””. *Revista Española de Investigación Criminológica*, 3(9).  
*Disponible en línea:*  
<http://www.criminologia.net/pdf/reic/ano9-2011/a92011art3.pdf>
- ÁLVAREZ RUIZ, J.C. ET AL. *Los problemas de salud infantil. Tendencias en los países desarrollados*. Esplugues de Llobregat: Hospital Sant Joan de Déu, 2008.
- BEAUCHAMP T, CHILDRESS J. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Ed. Masson, 1999.
- CHITSABESAN, P., KROLL, L., BILEY, S., KENNING, C., SNEIDER, S., MACDONALD, W., THEODOSIOU, L. “Mental health needs of young offenders in custody and in the community”. En *British Journal Psychiatry*, 188:534-40, 2006.

- COMPTON, K., SNYDER, J., SCHREMPFERMAN, L., BANK, L., Y SHORTT, J. W. "The contribution of parents and siblings to antisocial and depressive behavior in adolescent: A double jeopardy coercion model". *Development and Psychopathology*, 15 (1), 163-182, 2003.
- Convención sobre los Derechos del Niño. Asamblea General de Naciones Unidas resolución 44/25, de 20 de Noviembre de 1989.
- FREUD, A. *Normalidad y patología en la niñez*. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1965.
- GRACIA GUILLÉN, DIEGO. *Procedimientos de decisión en ética Clínica*. Madrid: Eduema Universidad, 1991.
- JIMÉNEZ DÍAZ, M. JOSÉ. "Algunas reflexiones sobre la responsabilidad penal de los menores". *Revista electrónica de Ciencia Penal y Criminología*. N. 17-19, 2015.
- MOLINUEVO, B., PARDO, Y., ANDIÓN, O., Y TORRUBIA, R. "Els estils educatius familiars com a factor de risc per a la inadaptació social i la conducta delictiva: Un estudi retrospectiu en joves delinqüents". Memòria d'investigació de l'ajut concedit pel Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada, convocatòria 2003. Bellaterra. *Treball no publicat*. 2004.
- OBSERVATORIO EUROPEO DE LAS DROGAS Y LAS TOXICOMANÍAS. "Informe Europeo sobre Drogas". Luxemburgo: Oficina de publicaciones de la Unión Europea, 2012
- TORRALBA I ROSELLÓ, F. *Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas*. Madrid: Fundación Mapfre Medicina, 2002
- VARONA, D. "¿Somos los españoles punitivos?: Actitudes punitivas y reforma penal en España". *Indret*, 2009. *Disponible en línea*: <http://www.raco.cat/index.php/InDret/article/view/124364>
- WIDOM, C.S. , MAXFIELD, M.G. *An Update on the "Cycle of Violence"*. U.S. Department of Justice, 2001.
- Winnicott, C. *Deprivation and Delinquency*. New York: Tavistock Publications, 1954

- WOOD, J. ET AL. “An Examination of the Relationships Between Violence Exposure, Posttraumatic Stress Symptomatology, and Delinquent Activity”. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 6, pp 127-147, 2002.

## DILEMAS ÉTICOS EN EL EJERCICIO DE LA TUTELA

*Cuando lo que la sociedad espera del tutor  
colisiona con la necesidad del vínculo con la persona protegida*

Montserrat Fernández

### Resumen

---

La sociedad acostumbra a tener unas normas de conducta y se espera que el tutor actúe, y obligue a actuar a su tutelado, conforme a esas pautas, pero en ese caso, estaríamos protegiendo a la sociedad y el verdadero objetivo de un tutor es proteger a la persona que ha sido sometida a tutela y eso es imposible sino se construye un vínculo entre ambos.

Para ello, muchas veces es necesario que la persona se sienta apoyada en decisiones y conductas que, para la sociedad no son las adecuadas o que podrían entrar en colisión con intereses de terceras personas aunque el tutor deba asumir ciertos “riesgos” actuando contrariamente a las “normas sociales”

**Palabras clave:** Tutor, vínculo de confianza, apoyo, riesgos y Convención de Nueva York.

---

### Definición del dilema ético objeto de la comunicación

La sociedad acostumbra a tener unas normas de conducta que define como adecuadas y se espera que el tutor actúe, y obligue a actuar a su tutelado conforme a esas pautas. Sin embargo, en ese caso, estaríamos protegiendo a la sociedad, y el verdadero objetivo de un tutor es proteger a la persona que ha sido sometida a tutela.

Dicha misión resulta imposible de alcanzar sino se construye un vínculo de confianza y/o de reconocimiento entre el tutor y la persona protegida. Por ello, pero también para poder cumplir con las obligaciones que nos impone la *Convención de Nueva York* sobre la protección de los derechos de las personas con discapacidad, y, en especial, las establecidas en su Artículo 12 sobre la igualdad de reconocimiento de personas ante la ley, muchas veces es necesario que la persona se sienta apoyada en decisiones y conductas que para la sociedad no son las adecuadas, o que podrían



entrar en colisión con intereses de terceras personas, como por ejemplo menores de edad. En ese caso, nos preguntamos: ¿qué debemos hacer? ¿Cómo debemos actuar ante estos dilemas?

### **Supuesto de hecho**

Al igual que “una imagen vale más que mil palabras”, nada mejor que un caso práctico para ilustrar y ayudar a entender la complejidad de los dilemas éticos que las entidades tutelares deben afrontar en su quehacer diario. En el caso que expongo en este artículo, la fundación tutelar asume la tutela de una joven a la que se ha modificado su capacidad en virtud de una sentencia judicial que la ha declarado totalmente incapaz para gobernar su persona y sus bienes.

Esta persona padece un trastorno límite de la personalidad, trastorno de ansiedad y rasgos de personalidad desadaptativa con episodios depresivos. Está embarazada y la Dirección General de Atención a la Infancia y a la Adolescencia (DGAIA) tramita un expediente de desamparo del *nasciturus* porque ya anteriormente le fue retirada la custodia de un hijo. Ha sido víctima de malos tratos en el ámbito familiar por parte de algunas parejas y de abuso sexual de una pareja de su madre. Percibe una PNC, y mantiene una relación de pareja con una persona de origen africano que le aporta cierta estabilidad emocional. No tiene arraigo familiar de ningún tipo. Ni amigos. Ha vivido institucionalizada desde los tres años, y no confía en ningún servicio público. Su *modus vivendi* es una constante huida y rechaza absolutamente todo contacto con la fundación.

### **Situaciones que nos plantean un dilema ético**

De este caso, hay dos aspectos que suponen un dilema ético. Por una parte, la tutelada desea recuperar la custodia de sus hijos y, por otra, sospechamos que puede sufrir abuso económico y posibles malos tratos de su pareja. Es decir, que nos encontramos ante la colisión del derecho de la madre a reclamar la custodia de sus hijos como podría hacer cualquier mujer no privada de capacidad, así como el de derechos de los menores; y, además, ante la colisión de la obligación de proteger a la

persona tutelada con su derecho a mantener una relación sentimental con la persona a la que se siente unida y a decidir con quién comparte su vida, como podría hacer cualquier mujer no privada de capacidad.

### **Respuesta que espera la sociedad ante este caso vs Actuación de la fundación**

Parece indudable que lo mejor para los menores es encontrar una familia “normal y estructurada” que los adopte, y que en relación con la tutelada, se deben denunciar los malos tratos, e impedir que su dinero sea destinado a intereses de la pareja. Pero la colisión que se producirá con la voluntad de la tutelada si la fundación actúa en esas direcciones comporta el riesgo del rechazo al tutor y de una nueva huida que dejará desprotegida a la persona tutelada una vez más.

El objetivo de este artículo no es abordar la tutela desde un punto de vista jurídico, sino plantear cómo entendemos que se debe conciliar desde un punto de vista ético las exigencias de la sociedad con la voluntad, y los deseos, o anhelos de las personas a quienes un juez ha modificado su capacidad de obrar porque no pueden gobernarse por sí mismas y por ello necesitan de nuestra protección. El objetivo es cómo podemos conciliar su protección con sus derechos, incluido el derecho a equivocarse.

El tutor tiene la obligación, y la responsabilidad, de decidir por esa persona, velar por ella, e intentar que gane autonomía para si fuera posible en un futuro que pueda recuperar la capacidad o una parte de ella, pero estamos convencidos de que debe hacerlo sin caer en paternalismos, y respetando en la medida que sea posible sus deseos y preferencias huyendo de conductas autoritarias.

La persona tutelada, aunque no pueda gobernarse, sigue teniendo una voluntad, y lo normal es que no haya decidido voluntariamente tener un tutor que decida por ella. Muchas veces nos encontramos con un absoluto rechazo que debemos vencer para ganarnos su confianza, o como mínimo su aceptación.

Es imprescindible que la persona se sienta apoyada en sus decisiones y conductas, sobre todo aquellas que para la sociedad no son “aceptables”, ya sea

porque puedan representar cierto perjuicio para la misma, o porque puedan afectar a intereses de terceros que también sean vulnerables y a los cuales se debe proteger, como por ejemplo, sus propios hijos menores de edad.

En el caso planteado la persona tutelada procede de una familia muy desestructurada, con padres separados, y sin ninguna vinculación familiar porque desde pequeña ha estado dentro del circuito asistencial. Ha sufrido abusos y ha vivido situaciones de maltratos físicos y psicológicos en el ámbito familiar, a medida que se ha ido haciendo adulta ha pasado de centros de menores a otros servicios, hasta que desde uno de estos se solicita a Fiscalía que intervenga para ser incapacitada.

Por su trayectoria de vida y su diagnóstico presenta carencias afectivas, y nula tolerancia a la frustración con conductas que le conducen a la agresividad verbal, repitiendo los patrones de vida familiares. Todas sus vivencias han fomentado una gran desconfianza y un absoluto rechazo al sistema. De modo que cuando tiene conocimiento de que se le ha nombrado un tutor rehúye durante meses cualquier contacto con la Fundación. Sabe cuidarse a sí misma y no necesita a nadie.

Ante semejante situación la necesidad de construir un vínculo es esencial para poder conseguir el objetivo de la tutela, que no es otro que la protección de la persona tutelada y, para ello, se intenta un acercamiento a través de los servicios donde había mantenido alguna vinculación, tanto en el pasado como en la actualidad, para poder conocer con mayor profundidad el caso, y se consigue un *primer contacto con la tutelada* actuando como mediador uno de esos servicios en presencia de su pareja que es un inmigrante sin papeles, que dice ser el padre de la criatura.

Desde el primer momento se sospecha que puede haber un aprovechamiento de esa persona porque al estar embarazada la pareja, gozan de mayor amparo por parte de los servicios sociales que les han ofrecido alojamiento gratuito en una pensión. De esa primera entrevista, en la que ella se mantiene firme en que “no necesita a nadie y que a ella no la va a controlar nadie” observamos que la pareja ejerce influencia sobre ella y que ha captado que la Fundación puede ser un medio

para obtener algunas ventajas, razón por la cual la anima a seguir el contacto y gracias a él conseguimos dar un segundo paso en el acercamiento.

También captamos que ella tiene un gran temor a que, por segunda vez, la DGAIA le pueda retirar un hijo, e incluso sospechamos que su pareja no puede ser el padre, pero pese a ello, le ofrecemos nuestra colaboración para intentar evitar que se dicte la resolución de desamparo. Sin embargo, como todos nos temíamos, cuando se produce el nacimiento, la DGAIA le retiró la custodia del menor y las sospechas acerca de la paternidad se confirmaron como ciertas y, en consecuencia, se convirtieron en realidad las meras sospechas sobre la existencia de motivos espurios en la relación, pues él carecía de ingresos lo que confirmaría que tras la actitud de esta persona se encuentra un cierto aprovechamiento económico.

Se hace más evidente, si cabe, que el menor se puede encontrar ante una situación de desamparo por la dificultad de la madre para ejercer la guarda y custodia dados sus trastornos, y que para ella esa relación de pareja también puede ser perjudicial, pero en esos difíciles momentos en que acaba de dar a luz, y en los que su voluntad es luchar con todas sus fuerzas para conservar a su hijo, y además se siente muy unida a su pareja, ¿qué podemos hacer?

Lo lógico, lo racional, lo que la sociedad nos exige como normal, es convencerla para que acepte que la DGAIA ha hecho lo que es mejor para su hijo, que esa es la realidad, y que de este modo, el bebé podrá aspirar a encontrar una familia que lo adopte y le ofrezca todo lo que ella no puede darle; convencerla de que, además, debe desconfiar de un hombre que no es el padre de su hijo y que se ha arrimado a ella porque gracias a su estado ha tenido acceso a unas ayudas para vivienda gratis, etc.

Pero si hacemos eso, el incipiente vínculo que se está construyendo se verá perjudicado y si no podemos crear un vínculo que genere confianza hacia la Fundación se va a quedar desamparada absolutamente. Y no podemos obviar que aunque la pareja pueda tener motivaciones económicas, lo cierto es que en esos momentos le supone un gran apoyo emocional.

En esta situación lo que hay que procurar y priorizar es tener la oportunidad de ayudarla. Así que sólo tenemos una opción. Tenemos que apoyarla. Tenemos que atender sus deseos para que pierda la desconfianza en el sistema y no nos vea como un enemigo del que huir. Al menor lo defiende la administración, pero a la madre, ¿quién la defiende?

Así que la apoyamos en su lucha para oponerse al desamparo, y hasta conseguimos averiguar dónde se tramitaba el procedimiento de adopción de su primer hijo y luchar también por su recuperación. Apelamos la resolución de desamparo del bebé y apelamos la concesión de la adopción del primer hijo, porque eso le daba un sentido a su vida y porque si cualquier madre que no sufra un trastorno mental y no tenga un tutor puede hacerlo, ¿entonces por qué ella no? Así que la ayudamos en ello, y a la vez intentamos prepararla para que si el resultado no fuese el deseado, que es por otra parte, lo más probable, tenga la tranquilidad de espíritu y de conciencia de que lo había intentado.

Paralelamente, se fue poniendo de manifiesto que cada vez hacía más demandas económicas dirigidas a satisfacer intereses de la pareja, y que la relación se estaba volviendo bastante “tormentosa” sospechando incluso que pudieran haber malos tratos, pero cuando intentábamos aconsejarla para que no consintiera ciertas cosas ella siempre lo defendía, o lo negaba reconociendo que incluso ella misma lo provocaba por su carácter explosivo, y que era normal porque “ellos son así”, justificando su conducta en factores culturales.

Si insistíamos mucho, recelaba de la Fundación y poníamos en riesgo la confianza que tanto estaba costando conseguir. Debíamos seguir alerta y apoyarla. Debía sentir que la apoyábamos incluso en contra de nuestra opinión y de lo que la sociedad espera de la Fundación.

Durante meses fuimos observando que en la medida que ella ganaba en autonomía, vinculándose a programas pre-laborales, etc., la relación de pareja empeoraba y se hacía más “peligrosa”, pero no podemos denunciar sin pruebas, y sin que ella esté preparada para aceptar la ruptura y mantener una acusación. Así que fueron muchos meses los que sufrimos esperando que no sucediese nada de lo que

tuviéramos que lamentarnos y planteándonos el dilema de si estábamos haciendo lo correcto.

Y, afortunadamente llegó un día que ella fue capaz por sí misma de reconocer los abusos y ponerles límites, y decidió que esa situación era insostenible, que no tenía por qué soportar sus insultos y vejaciones, y pidió ayuda para denunciarle y pedir una orden de alejamiento, porque ya no consideraba que fuese normal que las parejas se griten, se insulten o lleguen a las manos.

Si bien no ha recuperado a sus hijos, sigue luchando por ello y, aunque lo haga con muchos altibajos por todas las dificultades que le comporta su enfermedad, sigue esforzándose por conseguir una integración en el mundo laboral, y quién sabe si la recuperación de la capacidad. Esto no hubiera sido posible si ante los dilemas éticos que se fueron sucediendo no hubiésemos asumidos los riesgos que comportaba respetar sus deseos, sus tiempos y sus necesidades, incluso cuando a ojos de la sociedad no fuesen los más adecuados.

## **Conclusión**

La obligación del tutor es velar por la persona protegida creando vínculos que la ayuden a conseguir sus objetivos y sus metas, y ante los dilemas éticos que se puedan presentar en el ejercicio de la tutela, asumir incluso riesgos si con ello se puede dotar a la persona de mayor autonomía y autoestima, afianzando de este modo el vínculo con el tutor y la protección de aquella.

## EL ESTADO DE LOS DERECHOS DE LOS USUARIOS EN EL ÁMBITO DE LA PRÁCTICA DE LA SALUD MENTAL

Francisco José Eiroá

### Resumen

---

En este artículo revisamos el contexto de las diferentes reformas realizadas en los sistemas de salud mental en los últimos 50 años, explicando sus implicaciones para la lucha por los derechos y la ciudadanía de los usuarios de servicios de salud mental. Por último, revisamos el uso y evidencias sobre las prácticas relacionadas con las preferencias, las decisiones compartidas y las voluntades anticipadas. Creemos que, a pesar de la presencia y actividad de los movimientos de usuarios y familiares y del impacto de los diversos procesos de reforma en el campo de la salud mental, los derechos de los usuarios siguen siendo un tema que requiere atención de todos los actores implicados, así como en la sociedad en general.

**Palabras clave:** salud mental, derechos humanos, ciudadanía, movimiento de usuarios.

---

### El contexto de las reformas del sistema de salud mental

En el campo de la salud mental hay un creciente impulso hacia las prácticas participativas donde los usuarios de servicios van ganando protagonismo. Además de la apertura de los contextos asistenciales a estos enfoques, los movimientos en primera persona (formados por personas con experiencia propia de trastorno), activos a nivel internacional sobre todo desde la década de los 60, han facilitado procesos como la Desinstitucionalización Psiquiátrica, destinada a humanizar la psiquiatría y la atención en salud mental o la implementación del modelo de Recuperación, enfocado en la participación de usuarios y familiares.

La llamada *Reforma Psiquiátrica* consistió en una serie de medidas que se empezaron a tomar a nivel de políticas públicas destinadas a transformar o cerrar los grandes hospitales psiquiátricos, creando recursos para la comunidad, que pasaron a integrar la atención en salud mental en la sanidad general (Vázquez-Barquero & García, 1999). Durante las décadas de los años 70 y 80, varios países siguieron la

acción pionera de Italia, Estados Unidos y el Reino Unido; modificando su legislación con el objetivo de mejorar los derechos de los usuarios, promoviendo su integración en la comunidad. Sin embargo, si bien la acción de usuarios y familiares organizados hicieron visible el problema y desencadenaron diversas medidas políticas, las decisiones estratégicas de las reformas fueron llevadas a cabo por administradores públicos, cuya distancia de la realidad puede explicar algunos de sus fracasos. Aunque la desinstitucionalización fue sin duda una reforma positiva, también causó en muchos países un aumento de la población sin hogar con trastornos mentales (Lamb, 1984) y su implementación en contextos no occidentales ha sido en muchos casos un rotundo fracaso (Shek & Pietilä, 2016).

En el contexto de la Reforma Psiquiátrica surge el paradigma asistencial de la *Salud Mental Comunitaria* que busca promover la creación de espacios de rehabilitación psicosocial cerca o incluso dentro de la comunidad. La orientación comunitaria entiende que la responsabilidad de la sanidad pública no sólo debería ser la reparación del daño o el control de epidemias, sino también el hacerse cargo del cuidado de la salud de la población, de las demandas de quienes acuden a consultar, pero también de los que no. La medicina se integra como una rama más de la salud pública y la psiquiatría y la psicología clínica como parte de la salud mental pública. Este paradigma busca ir más allá de la mera asistencia clínica, proyectándose en la comunidad para tratar de producir cambios positivos en sus instituciones y en la comunidad misma. Estos esfuerzos de integración en la vida de las personas se hacen a fin de modificar los factores que predisponen y mantienen la enfermedad, posibilitando un mayor bienestar o al menos proveyendo de la información necesaria para una vida más saludable. Se pretende que la prevención y promoción de la salud mental esté integrada la prevención secundaria y la rehabilitación (Desviat & Moreno, 2012). Aparte de su acercamiento a las necesidades y espacios de la población, el enfoque comunitario apostó por la participación activa de la ciudadanía en las políticas, los servicios y los tratamientos de salud mental. Son diversos los proyectos que en la actualidad intentan integrar la atención primaria, la salud mental y el resto de servicios comunitarios, como centros



cívicos, colegios o comercios en pueblos y barrios. En nuestro contexto, la Generalitat de Cataluña ha comenzado un ambicioso proyecto de unificación de atención primaria y de salud mental (Direcció General de Planificació en Salut, 2016).

Más recientemente, surgen conceptos como resiliencia (Kobasa, 1979; Rutter, 1985), empoderamiento (Chamberlin, 1997; Swift & Levin, 1987) o recuperación (Anthony, 1993; Deegan, 1988). Mientras que el concepto de resiliencia ayudó al avance de un modo de atención enfocada a la salud mental positiva y la prevención, el concepto dinámico de empoderamiento, precedido por los debates sobre el poder del estamento médico fomentados por las obras de Foucault, inició la reflexión sobre las distancias de poder entre usuarios y profesionales y como estos últimos debían ser conscientes de esta distancia para cambiar su manera de trabajar y potenciar la autonomía de los primeros.

En cuanto al tercer concepto, la recuperación, fue inicialmente mencionado por autores que participaban en el movimiento norteamericano de usuarios (Houghton, 1982). La recuperación fue definida como una experiencia personal y subjetiva que no implica curación sino un proceso de esperanza y creación de nuevos significados. De este modo, se hacía una distinción con el concepto de rehabilitación, que estaría más relacionado con los servicios y tecnologías que facilitan la adaptación de personas con discapacidades físicas o psíquicas (Deegan, 1988). A principio de la década de los 90 el concepto se convierte en un modelo y es propuesto como una estrategia de cambio en salud mental pública (Anthony, 1993). A finales de la década de los 90 se produce una adopción formal del modelo por parte de la administración estadounidense de Bill Clinton a través del Informe del Cirujano General sobre Salud Mental (Satcher, 2000).

El modelo de recuperación enfatiza la participación de los usuarios y sus familias en la planificación de servicios y la promoción de la recuperación no como un resultado clínico, sino como un proceso de cambio mediante el cual los individuos pueden mejorar su salud y bienestar, viviendo vidas autónomas con apoyo para alcanzar su máximo potencial (*Substance Abuse and Mental Health Services*

*Administration*, 2012). La introducción de este modelo en los Estados Unidos tuvo un claro impacto en la política y práctica de la atención de salud mental. La práctica del concepto de recuperación pronto se extendió al resto del mundo anglosajón, especialmente al Reino Unido, Nueva Zelanda, Australia y Canadá, así como a otros países desarrollados con fuerte presencia del movimiento de usuarios que acompañó el proceso (Ramon, Healy, & Renouf, 2007). Aunque la expansión internacional del movimiento de la Recuperación ha sido limitada en la práctica hospitalaria, su impacto en las prácticas de rehabilitación comunitaria ha ayudado a la adaptación de los servicios a las necesidades derivadas de la desinstitucionalización psiquiátrica, como el aumento de riesgo de exclusión social.

Tal vez uno de los mayores logros y características del movimiento haya sido apoyar la participación de algunos usuarios como “técnicos”, “agentes”, “especialistas” o “mentores” con experiencia propia, y su influencia en la reforma del sistema de atención en salud mental (Davidson, 2016). Esta nueva figura profesional ha tenido un gran nivel de adaptación en el mundo anglosajón y germanoparlante donde ejercen dentro del sistema oficial de atención en salud mental. En nuestro entorno, el proyecto Emilia (del inglés *Empowerment of Mental Illness service users: Lifelong learning, Integration and Action*) una colaboración de 10 países iniciada en 2005, fue el primer proyecto a gran escala con presencia en España. El proyecto estaba sobre todo enfocado a la formación incluyendo talleres multifamiliares, redes de soporte y planes de desarrollo personal (Palomer, Izquierdo, Leahy, Masferrer, y Flores, 2010). Más recientemente, la federación Andaluza *En primera Persona* participó en un consorcio europeo dedicado a la unificación de prácticas de formación de *agentes de apoyo mutuo* (Christie et al., 2015). En Cataluña el Plan Director de Salud Mental y adicciones para el período 2017-2020 incluye un plan para la incorporación de personal de apoyo entre iguales en el sistema sanitario catalán y en consonancia, la Federación Catalana de Entidades de Salud Mental en Primera Persona – VEUS, está desarrollando un modelo de formación de formadores en apoyo entre iguales. Otros lugares como Castilla La

Mancha también están desarrollando actividades formativas e implementaciones piloto de estas figuras de apoyo mutuo y acompañamiento entre iguales.

Las estrategias de implementación también han incluido cambios de creencias y actitudes de los profesionales de la salud mental. Esto implica actividades "de arriba hacia abajo", tales como actividades de formación continuada dirigidas a profesionales (Mabe et al., 2016), impartidas a veces por personas con experiencia propia (Simpson, 2002), además de cambios organizacionales impulsados por gerentes y administradores públicos. Por otro lado, los procesos de abajo hacia arriba, como la participación de usuarios en el diseño de planes de implementación de actividades de recuperación en ámbitos asistenciales (Park et al., 2014), también han sido fundamentales, no solo por su aporte al proceso, sino por mantenerlo fiel a sus principios fundacionales. Sin embargo, esto parece no haber sido siempre de este modo, por lo que se ha criticado la "colonización" de sus conceptos.

El movimiento *La Recuperación en la papelera* (*Recovery in the Bin*) acusa a los encargados de la implementación del modelo de la Recuperación en el Reino Unido de utilizar el concepto de un modo similar al de enfermedad, validando indicadores basados en una muy acrítica psicología positiva, o distinguiendo personas con historias de recuperación "exitosas" que serían "mejores" mentores expertos en recuperación. Esta lógica neoliberal de éxito versus fracaso habría aprovechado los valores de empoderamiento y apoyo mutuo para justificar el recorte de servicios y culpar a las personas de sus propios problemas psicosociales. De este modo, el movimiento entiende que se han retorcido los conceptos, ya que el apoyo mutuo ha servido para justificar recortes en personal argumentando que las personas se pueden ayudar entre sí sin la ayuda de profesionales. Por otro lado, el empoderamiento, en lugar de fomentar una reflexión crítica sobre el uso del poder por parte de los profesionales sanitarios, se habría utilizado para individualizar la enfermedad, ya que se habría argumentado que las personas deben ser capaces de hacerse cargo de su propia recuperación. Por estas razones, los análisis críticos que apuntan a apoyar la autonomía, el empoderamiento y la plena ciudadanía de las

personas con problemas de salud mental, siguen siendo un tema de discusión donde parece haber más grises que los que podría parecer a primera vista (Thomas, 2016).

### **La lucha por los derechos y la ciudadanía en el ámbito de la salud mental**

En 2006 se promulga la Convención sobre los Derechos de las personas con Discapacidad, que incluye a las personas con discapacidades derivadas de trastornos mentales. Este documento, a pesar de no introducir nuevos derechos, reconoce que las barreras y los prejuicios de la sociedad constituyen una discapacidad en sí misma y obliga a trabajar para reducir el estigma a través de legislación específica que los estados firmantes se comprometen a cumplir. Las personas con discapacidad aparecen como personas autónomas, sujetos de derechos y con derecho a la participación a través de apoyos. Se emplaza a los estados a facilitar la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, el respeto a sus derechos y a garantizar que no sean discriminadas.

Un elemento importante es el Artículo 8, que obliga a fomentar la toma de conciencia por parte de la sociedad en su conjunto, incluyendo a las propias personas con discapacidad. Esto implica ya no solo que se haya de articular legislación específica, sino que se ha de visibilizar que la discriminación de las personas con discapacidad es un problema social de gran envergadura. Por lo que respecta al ámbito sanitario, el artículo 14 sobre la libertad y seguridad de la persona y el 17 sobre la integridad física y mental, pone en duda los tratamientos e ingresos obligatorios y las medidas coercitivas. Del mismo modo, el artículo 21 sobre libertad de expresión y de opinión y acceso a la información, pone en duda las prácticas realizadas sin consentimiento informado.

En este ambiente proclive a las reivindicaciones, la lucha por los derechos de las personas diagnosticadas con un trastorno mental se convirtió en un objetivo clave del movimiento de salud mental "en primera persona". La convención supuso un espaldarazo a muchas de las reivindicaciones históricas del movimiento. En el Estado Español, las asociaciones y federaciones dirigidas por personas con experiencia de trastorno (como las federaciones *Veus* en Cataluña o *En Primera*

*Persona en Andalucía*, además de asociaciones en otros muchos territorios) o en conjunto con familiares de personas diagnosticadas (*Confederación Salud Mental España*, antigua Federación de Familiares de Personas con Enfermedad Mental, FEAFES), han ido tomando este documento como una herramienta de trabajo en los últimos años. En este sentido, las propuestas de modificar el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil sobre la figura del tratamiento ambulatorio involuntario, impulsadas por parte de FEAFES al principio del milenio, habían creado controversias, ya que el movimiento de usuarios (y una parte del de familiares) se opuso.

Sin embargo, el intento llevado a cabo en el año 2012 por el gobierno del Partido Popular de introducción de medidas especiales en el Código Penal, justificadas por la presunta peligrosidad social de las personas con un trastorno mental, produjo una respuesta unánime de los movimientos de familiares y usuarios de servicios de salud mental. Del mismo modo, actualmente existe acuerdo y unidad de acción de ambos movimientos en campañas contra el estigma como *Obertament* en Cataluña y *1decada4* en Andalucía, así como en la necesidad de reducir o eliminar las contenciones mecánicas y otras medidas coercitivas en las unidades de salud mental.

Para la consecución de estos objetivos relacionados con los derechos de los usuarios de servicios de salud mental, el movimiento en primera persona a nivel internacional considera capital la capacitación de personal en primera persona en forma de agentes de apoyo entre iguales, así como la realización de actividades de concienciación y formación continuada de profesionales de salud mental. Como hemos visto en el anterior apartado, esto conecta con los principios fundacionales del movimiento de la Recuperación. En este sentido, muchos de los grupos que imparten formación a moderadores de grupos de apoyo mutuo también realizan diferentes actividades de sensibilización para profesionales de la salud mental. Estas dos actividades se entienden de manera conjunta ya que, en un contexto de implementación parcial del modelo de Recuperación, muchos profesionales todavía no actúan en consonancia con la Convención y la incorporación de personal de

apoyo entre iguales sólo tiene sentido si los profesionales de la salud mental están motivados para aceptar a este personal e integrarlo en las actividades asistenciales. En el contexto catalán, estas acciones de formación y sensibilización incluyen la formación de residentes en psiquiatría, medicina forense, psicología clínica y enfermería (MIR, PIR y EIR). Además, la federación Veus y sus asociaciones han conseguido una actividad de formación denominada "Más allá de la recuperación, hacia una atención en salud mental basada en derechos". Esta actividad se ofrece a los profesionales de la salud mental independientemente de su nivel de experiencia, orientación o lugar de trabajo.

Por otro lado, la reducción de coerciones, sobre todo de contenciones mecánicas, requiere una estrecha colaboración y apoyo de los responsables de la formulación de políticas. La inclusión en espacios de decisión sobre estas temáticas de representantes de los movimientos de usuarios y familiares confirma la voluntad de incluir a todas las voces en el proceso. En Cataluña, a raíz de una serie de reuniones realizadas en el contexto del Plan Integral de Salud Mental y Adicciones iniciadas en 2016, la reducción de medidas coercitivas se ha articulado a través del Servicio de Promoción de la Seguridad del Paciente del Departamento de Salud de la Generalitat de Cataluña. En el grupo de trabajo se incluye también la reducción de contenciones mecánicas en menores y adultos mayores en diferentes contextos restrictivos. Recientemente, la Federación Veus compareció ante la Comisión de Salud del Parlamento de Cataluña para explicar este proyecto que pretende eliminar las contenciones mecánicas en todos los centros de salud mental de Cataluña antes de 2025 a través de acciones de formación y transformación organizacional basadas en la literatura especializada reciente (Eiroa-Orosa, 2017; Goulet, Larue, & Dumais, 2017).

En todas estas acciones se trabaja sobre el marco de la ciudadanía. Es decir, se trabaja bajo la idea de que el fin último es que las personas con problemas de salud mental sean consideradas ciudadanos de pleno derecho. Se considera que no es posible una recuperación real si no se toma en cuenta a todas las personas como ciudadanos plenos con derecho a elegir su propio camino. El objetivo es mejorar los

derechos de las personas con trastornos de salud mental, aumentando la responsabilidad que tienen sobre sus vidas, permitiéndoles asumir roles significativos y facilitando su acceso a recursos que les permitan ser miembros íntegros y valorados de sus comunidades y de la sociedad civil en condiciones de igualdad.

### **Preferencias, decisiones compartidas y voluntades anticipadas**

El campo de la bioética ha resaltado la importancia de respetar y promover la autonomía de todos los usuarios y ha desarrollado un gran debate sobre las preferencias y la toma de decisiones compartidas sobre aspectos significativos del tratamiento (Chewning et al., 2012). Reconociendo esta importancia, algunos autores de medicina legal están promoviendo el paso del “consentimiento informado” a la “participación informada” sobre alternativas terapéuticas (Kottow, 2007). Por otro lado, también se habla de planificación anticipada de decisiones (Srebnik & Fond, 1999). Estos procedimientos incluyen la creación de documentos donde la persona afectada puede comunicar de manera anticipada sus preferencias sobre el tratamiento en caso de que no le sea posible manifestarlas en una futura situación de crisis. En el Estado Español actualmente existe una guía de apoyo elaborada por la Escuela Andaluza de Salud Pública (Suess, Tamayo Velázquez, & Bono del Trigo, 2015) y el Comité de Bioética de Cataluña está ultimando un documento marco para integrar el procedimiento en la práctica clínica cotidiana.

A pesar de todas estas iniciativas desarrolladas o apoyadas por los movimientos de usuarios y familiares, la realidad es que hoy en día todavía no se contemplan de manera sistemática las preferencias de los usuarios para la toma de decisiones compartidas sobre los tratamientos en el ámbito de la salud mental (Drake, Cimpean, & Torrey, 2009). Es importante señalar que, además de constituir un imperativo ético, el fomento de las preferencias y decisiones compartidas ha sido objeto de escrutinio empírico en la medicina en general y la salud mental en particular (Slade, 2017). En el caso de la psiquiatría, por ejemplo, a pesar de que los tratamientos farmacológicos siguen siendo los preferidos por los profesionales

médicos, un metaanálisis evidencia la preferencia de los usuarios por tratamientos psicológicos por encima de farmacológicos (McHugh, Whitton, Peckham, Welge, & Otto, 2013). En cuanto a la efectividad clínica, un estudio muestra que respetar las preferencias de los usuarios con depresión en cuanto a la preferencia por el uso de fármacos o psicoterapia mejora los resultados independientemente de la dirección de la elección (Mergl et al., 2011). Estos resultados se replican en el ámbito de las preferencias por los focos de tratamiento dentro de la psicoterapia (Goates-Jones & Hill, 2008). Además de mejorar los resultados, parece que el respeto por las preferencias de los usuarios aumenta la satisfacción y la adherencia al tratamiento (De las Cuevas, De Rivera, & Peñate, 2014; Joosten et al., 2008).

Sin embargo, a pesar de estos buenos resultados, las barreras actitudinales y organizativas impiden la implementación de este tipo de prácticas (Coulter, 2017). Es evidente que la implementación de estrategias de toma de decisiones compartidas choca frontalmente con la filosofía de recortes sanitarios que empuja a las organizaciones a tener un control de la productividad de los clínicos en forma de número y duración de las consultas cada vez más exigente. Si los profesionales de la salud mental son objeto de este tipo de presiones que cosifican su identidad profesional, es fácil entender que ellos mismos hagan clínica de una manera menos humana.

A pesar de todo, la percepción de los usuarios de servicios de salud mental es todavía a veces negativa, tal y como muestran los resultados de un estudio cualitativo realizado por nuestro grupo de investigación (Eiroa-Orosa & Porxas Roig, 2017; Pérez-Pérez & Eiroa-Orosa, 2017). En una serie de grupos focales llevados a cabo en el contexto del presente proyecto, se visualizaba cómo muchos usuarios y familiares tenían la sensación de que se les ocultaba información, que no se respondía a preguntas concretas sobre el tratamiento, el diagnóstico y sus efectos, o bien que no se les ofrecían alternativas. La información es muy escasa en los ingresos involuntarios, donde la información sobre la medicación es un elemento completamente ausente. Además, este tipo de intervenciones son vividas de una manera muy traumática por la mayoría de las personas que los han sufrido. Los



familiares reconocen ser conscientes de que en algunas situaciones se podían estar limitando la autonomía de sus parientes, pero lo entendían como una situación inevitable en el contexto de una crisis agudizada por los escasos recursos y apoyos de acompañamiento actual que les ofrece el sistema.

Muchos profesionales reconocen estos extremos, pero también señalan sus dificultades para cambiar las rutinas. El personal clínico suele comentar que, a pesar encontrarnos en un momento de cambio hacia un modelo asistencial centrado en la persona y basado en relaciones más simétricas, el modelo paternalista todavía pervive en la asistencia psiquiátrica. Esto se percibe como la barrera más significativa para el empoderamiento y la construcción de una conciencia de la titularidad de derechos entre usuarios de servicios de salud mental. Esta conciencia, a diferencia de lo que se asume habitualmente, es esencial para que los derechos sean reclamados ya que en ausencia de conciencia, muchas personas dan por hecho que ciertos tratos abusivos son parte necesaria del tratamiento.

Por el contrario, aquellos usuarios que habían participado en la toma de decisiones sobre su tratamiento y cuya opinión había sido tenida en cuenta por el profesional que les atendía, valoraban muy positivamente este hecho, se sentían empoderados a la vez que aumentaba la confianza en los profesionales referentes. Nuestra percepción es que mientras que en ciertos contextos, especialmente aquellos relacionados con la atención comunitaria, hay una gran apertura a una actitud horizontal y de respeto a las preferencias. Sin embargo, en los contextos más restrictivos, como la hospitalización ya sea de urgencia, de corta o de larga estancia; la actitud imperante está influenciada por una visión biomédica que se relaciona con una actitud paternalista derivada de una valoración insuficiente de la importancia de la experiencia subjetiva de malestar psicológico.

## **Conclusiones**

A pesar de la presencia y actividad de los movimientos de usuarios y familiares, y los diversos procesos de reforma en el campo de la salud mental, los derechos de los usuarios siguen siendo un tema que exige atención. Desde el

movimiento en primera persona creemos que es fundamental nuestra presencia en espacios de decisión, así como en la práctica diaria de la salud mental, tanto en ámbitos comunitarios, más proclive a tener en cuenta la importancia de la experiencia propia y las preferencias personales, como en el ámbito hospitalario, más reacio en general a incluir a los usuarios en los ámbitos de decisión.

### Agradecimientos

Queremos agradecer el trabajo conjunto realizado por todas las personas que participan en el proyecto de derechos en el que se engloba este artículo. Este proyecto se desarrolla dentro de una colaboración de las Universidades de Barcelona y Yale financiada por un contrato Marie Sklodowska-Curie (acuerdo número 654808) y ha sido galardonado con un premio de la fundación Víctor Grífols i Lucas. Además, se realiza en colaboración con la Federación Veus - Entidades Catalanas de Salud Mental en 1ª Persona que cuenta con apoyo del Ayuntamiento y Diputación de Barcelona, los Departamentos de Trabajo, Asuntos Sociales y Familias y de Salud de la Generalitat de Cataluña, La Obra Social La Caixa y La Filadora.

### BIBLIOGRAFÍA

- ANTHONY, W. A. “Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s”. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23, 1993. *Disponible en línea:* <https://doi.org/10.1037/h0095655>
- CHAMBERLIN, J. A working definition of empowerment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(4), 43–46, 1997.
- CHEWNING, B., BYLUND, C. L., SHAH, B., ARORA, N. K., GUEGUEN, J. A., & MAKOUL, G. “Patient preferences for shared decisions: A systematic review”. *Patient Education and Counseling*, 86(1), 9–18, 2012. *Disponible en línea:* <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.02.004>
- CHRISTIE, L., SMITH, L., BRADSTREET, S., ORIHUELA, T., CONDE, H., MARCOS, S., ... TASCAU, L. *Peer2peer. Curso de formación profesional*. Edimburgo, Escocia: SRN, Fundación INTRAS, EASP, En Primera Persona, Pro mente Oberösterreich, LRPSM, 2015.

- COULTER, A. “Shared decision making: everyone wants it, so why isn’t it happening?” *World Psychiatry*, 16(2), 117–118, 2017. *Disponible en línea:* <https://doi.org/10.1002/wps.20407>
- DAVIDSON, L. “The recovery movement: Implications for mental health care and enabling people to participate fully in life”. *Health Affairs*, 35(6), 1091–1097, 2016. *Disponible en línea:* <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2016.0153>
- DE LAS CUEVAS, C., DE RIVERA, L., & PEÑATE, W. “To what extent is treatment adherence of psychiatric patients influenced by their participation in shared decision making?” *Patient Preference and Adherence*, 1547. 2014. *Disponible en línea:* <https://doi.org/10.2147/PPA.S73029>
- DEEGAN, P. E. “Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation”. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11–19, 1988.
- DESVIAT, M., & MORENO, A. *Acciones de salud mental en la comunidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2012.
- DIRECCIÓ GENERAL DE PLANIFICACIÓ EN SALUT. *Atenció primària i salut comunitària: Una nova orientació per a l’atenció primària de salut*. Barcelona: Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2016.
- DRAKE, R. E., CIMPEAN, D., & TORREY, W. C. “Shared decision making in mental health: prospects for personalized medicine”. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(4), 455–63, 2009.
- EIROA-OROSA, F. J. *Recopilación de argumentos sobre la reducción de contenciones mecánicas y comentario desde la literatura científica reciente*. Barcelona, 2017. *Disponible en línea:* <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.11833.98409>
- EIROA-OROSA, F. J., & PORXAS ROIG, M. À. “Más allá de la recuperación: Hacia una atención en salud mental basada en derechos”. En *Sujet\_s a lo social, XXVII Jornadas de Salud Mental de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, XII Jornadas de la Asociación Madrileña de Salud Mental* (pp. 381–389). Madrid: Asociación Madrileña de Salud Mental, 2017.
- GOATES-JONES, M., & HILL, C. E. “Treatment preference, treatment-preference match, and psychotherapist credibility: Influence on session outcome and preference shift”. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 45(1), 61–74, 2008. *Disponible en línea:* <https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.1.61>
- GOULET, M.-H., LARUE, C., & DUMAIS, A. “Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: A systematic review”. *Aggression and Violent Behavior*, 31(6), 413–424, 2017. *Disponible en línea:* <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.01.019>
- HOUGHTON, J. F. First Person Account: Maintaining Mental Health in a Turbulent World. *Schizophrenia Bulletin*, 8(3), 548–552, 1982. *Disponible en línea:* <https://doi.org/10.1093/schbul/8.3.548>
- JOOSTEN, E. A G., DEFUENTES-MERILLAS, L., DE WEERT, G. H., SENSKY,

- T., VAN DER STAACK, C. P. F., & DE JONG, C. A. J. “Systematic review of the effects of shared decision-making on patient satisfaction, treatment adherence and health status”. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(4), 219–26, 2008. *Disponible en línea:* <https://doi.org/10.1159/000126073>
- KOBASA, S. C. “Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness”. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1–11, 1979. *Disponible en línea:* <https://doi.org/10.1037/0022-3514.37.1.1>
- KOTTOW, M. *Participación informada en clínica e investigación biomédica. Las múltiples facetas de la decisión y el consentimiento informado*. Bogotá: UNESCO. Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética. Universidad Nacional de Colombia, 2007.
- LAMB, H. R. “Deinstitutionalization and the homeless mentally ill”. *Hospital & Community Psychiatry*, 35(9), 899–907, 1984. *Disponible en línea:* <https://doi.org/10.1176/ps.35.9.899>
- MABE, P. A., ROLLOCK, M., DUNCAN, G. N., MABE, A. P., ROLLOCK, M., & DUNCAN, G. N. “Teaching Clinicians the Practice of Recovery-Oriented Care”. En N. N. SINGH, J. W. BARBER, & S. VAN SANT (Eds.), *Handbook of Recovery in Inpatient Psychiatry* (pp. 81–97). Cham, Switzerland: Springer International Publishing, 2016. *Disponible en línea:* [https://doi.org/10.1007/978-3-319-40537-7\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-319-40537-7_4)
- MCHUGH, R. K., WHITTON, S. W., PECKHAM, A. D., WELGE, J. A., & OTTO, M. W. “Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review”. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(6), 595–602, 2013. *Disponible en línea:* <https://doi.org/10.4088/JCP.12r07757>
- MERGL, R., HENKEL, V., ALLGAIER, A.-K., KRAMER, D., HAUTZINGER, M., KOHNEN, R., ... HEGERL, U. “Are Treatment Preferences Relevant in Response to Serotonergic Antidepressants and Cognitive-Behavioral Therapy in Depressed Primary Care Patients Results from a Randomized Controlled Trial Including a Patients’ Choice Arm”. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(1), 39–47, 2011. *Disponible en línea:* <https://doi.org/10.1159/000318772>
- PALOMER, E., IZQUIERDO, R., LEAHY, E., MASFERRER, C., & FLORES, P. “El usuario como experto: concepto, modalidades y experiencia desde el Proyecto Emilia”. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(1), 109–123, 2010. *Disponible en línea:* <https://doi.org/10.4321/S0211-57352010000100006>
- PARK, M. M., ZAFRAN, H., STEWART, J., SALSBERG, J., ELLS, C., ROULEAU, S., ... VALENTE, T. W. “Transforming mental health services: a participatory mixed methods study to promote and evaluate the implementation of recovery-oriented services”. *Implementation Science*, 9, 119, 2014. *Disponible en*

- línea: <https://doi.org/10.1186/s13012-014-0119-7>
- PÉREZ-PÉREZ, B., & EIROA-OROSA, F. J. *Guía de Derechos en Salud Mental*. Barcelona: Federación Veus - Entidades Catalanas de Salud Mental en 1ª Persona, 2017.
- RAMON, S., HEALY, B., & RENOUEF, N. Recovery from Mental Illness as an Emergent Concept and Practice in Australia and the UK. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(2), 108–122, 2007. Disponible en línea: <https://doi.org/10.1177/0020764006075018>
- RUTTER, M. “Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder”. *The British Journal of Psychiatry*, 147(6), 598–611, 1985. Disponible en línea: <https://doi.org/10.1192/bjp.147.6.598>
- SATCHER, D. “Mental health: A report of the Surgeon General--Executive summary”. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(1), 5–13, 2000. Disponible en línea: <https://doi.org/10.1037//0735-7028.31.1.5>
- SHEK, O., & PIETILÄ, I. “The Limits for Deinstitutionalization of Psychiatry in Russia: Perspectives of Professionals Working in Outpatient Mental Health Services”. *International Journal of Mental Health*, 45(2), 118–134, 2016. Disponible en línea: <https://doi.org/10.1080/00207411.2016.1156943>
- SIMPSON, E. L. “Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: systematic review”. *BMJ*, 325(7375), 1265–1265, 2002. Disponible en línea: <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7375.1265>
- SLADE, M. Implementing shared decision making in routine mental health care. *World Psychiatry*, 16(2), 146–153, 2017. Disponible en línea: <https://doi.org/10.1002/wps.20412>
- SREBNIK, D. S., & FOND, J. Q. LA. “Advance Directives for Mental Health Treatment”. *Psychiatric Services*, 50(7), 919–925, 1999. Disponible en línea: <https://doi.org/10.1176/ps.50.7.919>
- SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION. *SAMHSA's Working Definition of Recovery*, 2012.
- SUESS, A., TAMAYO VELÁZQUEZ, M. I., & BONO DEL TRIGO, Á. *Planificación anticipada de decisiones en salud mental. Guía de apoyo para profesionales y personas usuarias de los servicios de salud mental*. Escuela Andaluza de Salud Pública, 2015.
- SWIFT, C., & LEVIN, G. Empowerment: An emerging mental health technology. *The Journal of Primary Prevention*, 8(1–2), 71–94, 1987. Disponible en línea: <https://doi.org/10.1007/BF01695019>
- THOMAS, P. Psycho politics, neoliberal governmentality and austerity. *Self & Society*, 0(0), 1–12, 2016. Disponible en línea: <https://doi.org/10.1080/03060497.2016.1192905>
- VÁZQUEZ-BARQUERO, J. L., & GARCÍA, J. “Deinstitutionalization and psychiatric reform in Spain”. *European Archives of Psychiatry and Clinical*

*Neuroscience*, 249(3), 128–135, 1999. *Disponible en línea:*  
<https://doi.org/10.1007/s004060050077>

## ATENCIÓN A PACIENTES CON MALESTAR EMOCIONAL POR CONDICIONANTES SOCIALES: CONFLICTOS ÉTICOS ANTE LAS RESPUESTAS MÉDICAS A LOS PROBLEMAS SOCIALES

Elena Serrano<sup>68</sup>

### Resumen

---

Dos son los dilemas éticos derivados de dar respuestas médicas a problemas sociales. El primero es la maleficiencia provocada al poner una etiqueta médica a síntomas que, con frecuencia, no constituyen un trastorno sino que son expresión del sufrimiento provocado por los condicionantes sociales. De esta manera, la sociedad y el sistema sanitario victimizan dos veces a la persona. Según el profesional sanitario que atienda al paciente, este podrá salir de la consulta con un diagnóstico de depresión o trastorno de ansiedad, de trastorno adaptativo o con un código Z constituyendo una inequidad de la atención y la asignación de un diagnóstico incorrecto. A esta etiqueta diagnóstica asignada suele sucederle alguna o algunas intervenciones bien farmacológicas, de incapacitación laboral o de intervención psicoterapéutica. Intervenciones de las que no disponemos de evidencia respecto de su efecto beneficioso para las personas en estas situaciones, y además con efectos adversos demostrados. El segundo dilema está relacionado con el principio bioético de la justicia en un doble sentido. En primer lugar por el uso inadecuado de recursos, y en segundo lugar por la repercusión que para la justicia social tiene el hecho de tapar la boca de los afectados por este sistema socioeconómico injusto con diagnósticos y fármacos, con la consecuente iatrogenia que generará nuevas consultas al sistema sanitario. Las intervenciones inefectivas consumen recursos que podrían ser dedicados a otras personas con problemas de salud para los que sí se conocen recomendaciones e intervenciones beneficiosas.

**Palabras clave:** atención primaria, malestar emocional, condicionantes socio-económicos, medicalización, iatrogenia.

---

Las personas nos encontramos ligadas a un contexto social, económico y cultural. En nuestro actual periodo histórico, caracterizado por una continua

---

<sup>68</sup> La presentación realizada por Elena Serrano representa el trabajo colaborativo con Marta Castelló, M<sup>a</sup> José Fernández de Sanmamed, Judith García J, M<sup>a</sup> Victoria Mazo, Juan Manuel Mendive, M<sup>a</sup> Mercé Rico, Aurora Rovira y Cesca Zapater. Los autores son profesionales de la Atención Primaria de Salud, miembros el Grupo de Reflexión y Acción impulsado por el *Fòrum Català d'Atenció Primària* (FoCAP) en el marco del *Projecte de Suport Emocional a persones afectades per la crisi* (SEPAAC).

transformación tecnológica y económica, palabras como crisis, precariedad, desigualdades socioeconómicas, recortes... nos resultan conocidas e incluso se han instalado en los discursos de tal forma que, en ocasiones, existe el riesgo de normalizarlas, despojándose de sus raíces y de su dimensión. Y aunque la crisis puede tener, diríamos, efectos “saludables” al disminuir la mortalidad, por ejemplo, por accidentes de tráfico; las desigualdades y el empeoramiento de las condiciones de vida tienen impacto en la salud y en el caso de la crisis económica su repercusión clave es en salud mental, como demuestra su impacto en los suicidios. La forma en que los individuos hacen frente a esta situación de “crisis” está influenciada, entre otros, por los valores y actitudes ideológicas y culturales que conforman nuestra sociedad. Una sociedad inmersa en un mundo globalizado, dice Marina Garcés<sup>1</sup>, en el cual todo es posible, pero sin embargo no se hallan alternativas ni una dimensión común de los problemas.

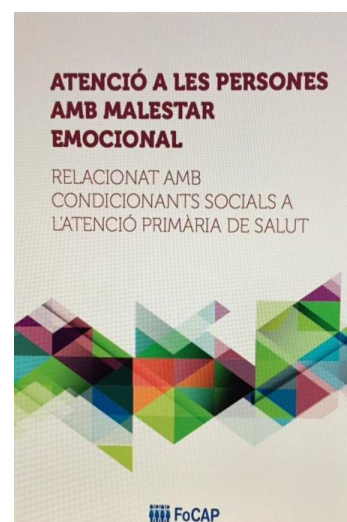
No todas las personas que están sometidas a estas tensiones y a problemas socioeconómicos sufren enfermedades ni malestar emocional significativo. No obstante, en ocasiones, este malestar puede llegar a incapacitar y, entre otras opciones, que las personas decidan pedir ayuda al sistema de salud. En Atención Primaria atendemos una destacable demanda asistencial secundaria al malestar emocional relacionado con la realidad social, económica, familiar y geográfica que se vive. Dos elementos son clave a tener en cuenta, en la respuesta a esta demanda: el primero es la orientación realizada desde el sistema sanitario hacia el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad mental y no desde la perspectiva de salud mental; el segundo es considerar la complejidad en la que se desarrolla el encuentro, donde intervienen tres elementos: la voz de la medicina (*disease*), la voz del paciente y su vida (*illness*) y la voz de la tecnología. Los profesionales de AP, como partícipes de esta realidad descrita, han de plantearse que, si la salud es un producto social, el enfermar también. Entre todos producimos salud, desde el inicio de la vida a la dignidad en la muerte, y entre todos producimos enfermar.

Esta nueva realidad social que reconocemos en el día a día de nuestros consultas requiere plantearnos, de nuevo, los riesgos de nuestras intervenciones y la



búsqueda de cursos intermedios de acción alejados de intervenciones farmacológicas o usos de la palabra a modo de recomendaciones sobre cómo vivir o cómo actuar, construidas muchas veces desde nuestra zona de confort económico y social. Un grupo de profesionales de atención primaria, a través del FoCAP (*Fòrum Català d'Atenció Primària*), hemos trabajado en un documento<sup>2</sup> a partir de una pregunta inicial sobre si la medicina y el sistema sanitario deben posicionarse, como individuos y colectivamente, ante esta realidad que hemos descrito e intervenir en las causas sociales del sufrimiento como en otros tiempos se hizo al reclamar la canalización de las aguas residuales, la mejora de condiciones laborales de los mineros, o llevando a todas sus consecuencias la frase de Marmot<sup>3</sup> de que si sociales son las causas, sociales han de ser las soluciones .

El documento se plantea adoptar paradigmas desmedicalizadores y salutogénicos en la atención a estas personas en la atención primaria de salud. Desde la comprensión del sufrimiento se contempla el concepto de que no existen enfermedades sino personas con una vivencia de salud y enfermedad fruto de construcciones sociales y subjetivas; la importancia de contemplar el entorno familiar y social y la necesidad de trabajar con los vínculos afectivos y sociales como factores protectores de la salud.



Para la intervención se plantea adoptar enfoques en la línea del modelo salutogénico, ampararse en el concepto amplio de curar, el cuestionamiento de las etiquetas diagnósticas y la importancia de potenciar la autonomía y las decisiones compartidas. Una vez realizado el documento y continuando con la reflexión a la que nos convida esta realidad entendemos que se plantean dos conflictos éticos derivados de dar respuestas “médicas-medicalizadoras-medicamentosas” a problemas sociales.

El primero de ellos sería la maleficiencia, provocada al poner una etiqueta médica a síntomas que muchas veces no constituyen un trastorno sino que son

expresión del sufrimiento provocado por los condicionantes sociales. De esta manera, la sociedad y el sistema sanitario victimizan dos veces a la persona. A esto se añade la inequidad de la atención porque según el profesional que vea al paciente podrá salir de la consulta con un diagnóstico de depresión o trastorno de ansiedad, de trastorno adaptativo o con un código Z. A la etiqueta diagnóstica suele sucederle alguna o algunas intervenciones bien farmacológicas, de incapacitación laboral o de intervención psicoterapéutica. Intervenciones de las que no disponemos de evidencia respecto a su efecto beneficioso para las personas en estas situaciones, y además con efectos adversos demostrados.

Por tanto, hablamos de maleficiencia por limitar a las personas a encontrar su propio proceso de reconocimiento de la naturaleza del problema y a buscar respuestas no sujetas a las leyes sociales y de poder, imperantes. El diagnóstico de una enfermedad mental cuando esta no existe, invalida total o parcialmente, para tomar un papel activo frente a las condiciones laborales, económicas o sociales adversas. Por decirlo de alguna manera, los diagnósticos médicos hacen contención del malestar social y promueven roles pasivos de las personas, frenando las respuestas individuales y colectivas a las causas del malestar social.

Estamos hablando, en cierta manera, de las distintas formas de iatrogenia que definió Ivan Illich en 1978: Iatrogénesis médica (el mal hecho a los pacientes por los tratamientos inefectivos, tóxicos e inseguros), iatrogénesis social (tratamientos y gasto en servicios sanitarios para no-enfermedades) y la iatrogénesis cultural (destrucción del sentido que tradicionalmente se ha tenido de la muerte, el sufrimiento y la enfermedad y de las capacidades de las personas para hacer frente a sus problemas).

Para finalizar, el segundo conflicto ético con el principio de justicia, en un doble sentido. En primer lugar, por el uso inadecuado de recursos, y en segundo y quizás más importante, por la repercusión que para la justicia social tiene el hecho de tapar la boca de los afectados por este sistema económico injusto con diagnósticos y fármacos. Las intervenciones inefectivas consumen recursos (horas de profesional, fármacos) que podrían ser dedicados a otras personas con problemas de

salud para los que sí existen respuestas beneficiosas. Y las consecuencias de la iatrogenia generarán a su vez nuevas consultas al sistema sanitario. El sistema público de salud tiene el deber de velar por el uso adecuado de sus recursos, que son limitados, y por los intereses y necesidades del conjunto de la población.

## BIBLIOGRAFÍA

- CASTELLÓ M, FERNÀNDEZ DE SANMAMED MJ, GARCÍA J R MAZO MV R MENDIVE JM, RICO M, ROVIRA A, SERRANO E, ZAPATER F. *Atenció a les persones amb malestar emocional relacionat amb condicionants socials a l'atenció primària de salut*. Barcelona: Fòrum Català d'Atenció Primària, 2016. *Disponible en línea*: <https://focap.files.wordpress.com/2016/05/atenciocc81-a-les-persones1.pdf> [Consultado 14/07/2017].
- GARCÉS M. *Un mundo común*. Barcelona: Edicions Bellaterra, 2013.
- MARMOT M, WILKINSON R. *Social determinants of health*. Oxford: Oxford University Press, 2006.

## ¿QUÉ VALORES ÉTICOS NOS ORIENTAN EN EL TRABAJO EN RED?

Berna Villareal

### Resumen

---

A partir de un caso práctico, la autora plantea la necesidad de establecer una serie de principios éticos que rijan el trabajo intersectorial o en red. El trabajo en red trata de ser un intento de articular y dar sentido al conjunto de intervenciones que deban darse, pensando en el sujeto, su particularidad y sus circunstancias en un momento dado. Integrar y organizar la asistencia se convierte en primordial para asistir al paciente.

**Palabras clave:** salud mental, ética, trabajo en red.

---

En esta comunicación trato de reflexionar con ustedes sobre la intervención que realizamos con personas y familias que sufren a la vez problemáticas de salud mental con cierta gravedad y situaciones sociales de riesgo o de exclusión social. Se estima que entre un 8 a un 10% de la población presenta o puede presentar necesidades de atención complejas del ámbito social y sanitario. En el Hdd el porcentaje es mayor, resultando ser un 37 % de adolescentes y sus familias que atendemos en la actualidad.

Para no alargarme definiendo el concepto de trabajo en red, voy a tratar de explicarlo de forma sencilla y directa a través de un ejemplo:

Manel es un adolescente de 14 años que, aunque está escolarizado en un instituto de su barrio, hace 3 meses que ha dejado de asistir debido a la problemática de salud mental. Desde el EAP de zona conocen la situación del chico y de su familia.

A nivel familiar, hace un año que murió el padre con una problemática de alcoholismo y la madre sufre un trastorno mental grave por el que ha requerido en algún momento alguna hospitalización psiquiátrica.

La situación familiar y social de Manel y su hermana ha sido atendida por los Servicios Sociales y ahora interviene el EAIA, dada la situación de riesgo y, a momentos, desamparo de los menores. También interviene el Centre Obert del barrio, lugar al que acude desde hace años, donde tiene un vínculo importante.

A nivel de salud mental, Manel ha sido atendido en el CSMIJ desde pequeño y desde hace dos meses recibe ayuda terapéutica intensiva por su problemática de conducta (agresividad en el domicilio, inestabilidad emocional, ansiedades intensas y aislamiento). La madre hace años que es atendida en el CSMA.

La atención a Manel y a su familia es un ejemplo de cuándo la atención a las personas se convierte en una *cuestión interinstitucional o intersectorial*. Así, a Manel y a su madre les atendemos: dos psiquiatras (uno para la madre y otro para el hijo), dos psicólogas (Hospital de día, EAIA) una psicopedagoga (EAP), dos maestras (tutora Instituto, maestra de Hospital de día), 3 educadores (EAIA, Centre Obert, Hospital de día), y 3 trabajadoras sociales (Servicios sociales, CSMA y Hospital de día). En el momento actual, somos un total de 13 profesionales del ámbito social, sanitario y educativo para atender a Manel y a su familia.

Integrar y organizar la asistencia es bastante difícil, aún más ante la presión asistencial de los diversos servicios. El trabajo en red trata de ser un intento de articular y dar sentido a este conjunto de intervenciones, pensando en el sujeto, su particularidad y sus circunstancias en un momento dado.

Quizás en estos primeros comentarios ya se vislumbra la complejidad en la atención en estos casos. Esta complejidad viene dada no solo por la cantidad de profesionales que intervienen a la vez, sino también por la diversidad de culturas asistenciales (lenguajes, formas de pensar y de hacer diferentes, encargos

institucionales diversos). Además, podemos añadir el factor territorio, en el sentido de que en cada barrio o municipio, también encontraremos una diversidad en la manera de atender.

*¿Cuáles son los riesgos en estos procesos asistenciales?*

Para los pacientes y sus familias esta cantidad de profesionales y servicios suele ser una odisea, especialmente teniendo en cuenta que se encuentran en circunstancias internas y externas muy precarias. Y los profesionales corremos el riesgo de quedar excesivamente encerrados en la propia intervención, dejando de lado el resto de asistencias, o bien podemos caer en el extremo contrario, cuando en el trabajo en equipo o entre profesionales nos confundimos y perdemos nuestra función complementaria dentro del caso. En definitiva, existe el riesgo de fragmentación o de confusión en la intervención, de ser poco eficaces. Todas estas situaciones no son descabelladas, pues vivimos un momento social muy exigente para los profesionales de salud mental y del ámbito social.

Un referencia para no perdernos en el trabajo en red es poder ver cómo *se transforma la perspectiva* de una relación de dos, la díada paciente-profesional, y ampliamos la mirada para ver al sujeto en interacción con sus diversos roles e identidades, es decir, a la persona con sus vínculos formales e informales, tratando de integrar la dimensión más individual y colectiva de la identidad. En definitiva, se trata de una *visión comunitaria*, en la que:

“(…)se da valor a un entorno que acoja, basándonos en patrones de confianza y solidaridad. Una sociedad que actúe como espacio de seguridad (Merieu, 1998), reduzca la vulnerabilidad individual, humanice el entorno vital colectivo y ofrezca oportunidades de realización personal. La prioridad es, en definitiva, crear estructuras donde cada persona pueda desarrollar y construir su humanidad” (Vilar, 2008).

Después de esta mirada a la complejidad del trabajo en red, y aceptando que hay más cuestiones relativas a este modelo de trabajo (epistemología, metodología),

quisiera centrarme en la siguiente pregunta: ¿qué valores éticos nos orientan en el trabajo en red? Voy a nombrar dos valores que me parecen esenciales en las relaciones que se despliegan en el trabajo en red: la necesidad de la confianza y la capacidad de reflexionar colectivamente.

Diversas teorías y conceptos (p.ej. teoría apego), destacan la necesidad de la seguridad emocional y de una base de confianza para el desarrollo de los seres humanos. Desde la perspectiva social y filosófica, hay autores que nos alumbran sobre la idea de la crisis de confianza en la sociedad actual, por ejemplo Byung-Chul Han caracteriza a la sociedad actual con la desconfianza. El autor nos dice que “en esta sociedad no se da lugar a la construcción de ninguna comunidad, sino a una acumulación de pluralidades de individuos aislados con algún fin en común pero sin un espíritu en común”.

Quizás las aportaciones sobre la crisis de confianza nos ayuden a visualizar algunas fuerzas que actúan favoreciendo la disgregación y la fragmentación en nuestra sociedad. Pero, ¿cómo podemos los profesionales realizar nuestra labor de ayudar a las personas a recuperar su salud mental o a desarrollar recursos psíquicos y relacionales, si no logramos que los pacientes puedan sentir confianza en nosotros y en el sistema que les atiende?

Me atrevería a decir que muchos profesionales de salud, educación y del ámbito social sabemos cuán fundamental es este valor, y trabajamos diariamente para tratar de ganarnos cierta confianza de los pacientes y familias a los que atendemos. Lo podemos hacer tratando de ser honestos, rigurosos en nuestro trabajo, dando lo mejor de lo aprendido, reconociendo nuestros errores y, sobre todo, atendiendo a la personas con un profundo respeto a su vida, a su historia, a su sufrimiento.

A la confianza o desconfianza en lo social y en la relación paciente-profesional, tendremos que incluir otra línea más: la de la relación entre los propios profesionales que trabajan en una misma comunidad. Aquí también habrá un mundo de experiencias que ayudan a integrar o a desintegrar el trabajo en red. Algunas de las dificultades a las que nos afrontamos son los conflictos derivados por

malos entendidos, por modelos asistenciales demasiado opuestos, de relaciones teñidas por la rivalidad... especialmente cuando estos conflictos permanecen no resueltos. En estos casos, la tensión a la que se ven sometidas las personas y las familias, se ve agravada por la tensión o desencuentros que sacude a la red de profesionales. Así, considero oportuno preguntarnos: ¿cómo podremos derivar al paciente de un servicio a otro, en la continuidad asistencial, si no confiamos suficientemente en los otros servicios?

Me gustaría concluir este punto sobre la trascendencia de la confianza enfatizando la idea *del profesional como ser humano*: con nuestras necesidades emocionales, con nuestro consciente e inconsciente, desplegando vínculos y relaciones más o menos saludables. Muchas veces, nuestro comportamiento profesional se rige por estas necesidades personales y humanas. Si podemos reconocerlo e integrarlo en la reflexión de nuestra función profesional, nos puede ser de gran ayuda.

El segundo valor que os comentaba es *la capacidad de reflexionar de forma colectiva*, es decir, *pensar juntos*. Solo para apuntar la idea de que, a partir del diálogo entre profesionales, se construyen las hipótesis comprensivas del caso. En nuestro diálogo se incluye la escucha del paciente, para poder pensar en su proceso de recuperación de salud.

Sin duda, todo ello son retos difíciles, agravados por los tiempos que corren, y nos puede ser útil un espíritu de resistencia para continuar con fuerza nuestro trabajo. Me gustaría, pues, terminar citando a Josep Maria Esquirol. Él nos ayuda a imaginar la idea de “ser resistente” en la sociedad actual, encontrando una necesaria defensa ante las poderosas fuerzas que llevan a la disgregación del ser. Esquirol dice: “El resistente no anhela el dominio, ni la colonización, ni el poder. Quiere, ante todo, no perderse a sí mismo pero, de una manera muy especial, servir a los demás”.



## AUTORES

### **SERGI PIÑAR**

Enfermero Especialista en Salud mental con 20 años de experiencia en los cuidados a pacientes con trastorno mental. Profesor asociado al Departamento de Enfermería de Salud Pública, Salud Mental y Materno-infantil. Campus de Ciencias de la Salud de Bellvitge, con 10 años impartiendo docencia en el Grado de Enfermería en la asignatura de Enfermería Salud Mental. Máster en Gestión y liderazgo en Enfermería y en Docencia para profesorado novel. Presentaciones de trabajos y asistencia a numerosos congresos tanto nacionales como internacionales relacionados con enfermería en salud mental.

Pertenencia a la Red Investigación en Enfermería de Salud Mental y Adicciones. Pertenencia a la Asociación Catalana de Enfermería de Salud Mental. Actividades en empresas como Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, Institut Sant Joan de Déu Serveis de Salut Mental, Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Penitenciaria de Cataluña y en el Centro Emili i Mira.

---

### **MARTA ROMERO**

Enfermera. Profesora colaboradora de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Barcelona.

---

### **DIANA TOLOSA**

Enfermera en Salud Mental, Parc Salut Mar / INAD. Centro Asistencial Emili i Mira. Urgencias y Psiquiatría.

---

**MARC ILLA**

Graduado en Filosofía por la Universidad de Barcelona con especialización en Ética y Filosofía Política. Curso de Iniciación en Bioética por el Instituto Borja de Bioética (IBIB), Máster en Ciudadanía y Derechos Humanos por la Universidad de Barcelona. Actualmente está terminando el Máster en Bioética y Derecho, ofertado por el Observatorio de Bioética y Derecho de la UB. Puntualmente colabora con el Comité de Ética Asistencial del Hospital San Rafael. También ha participado en congresos y jornadas nacionales e internacionales sobre bioética y ética aplicada. Desde el último año colabora con la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, elaborando el “Modelo de Solidaridad”.

---

**JOSÉ MANUEL LÓPEZ**

Licenciado en Medicina y Cirugía. Especialista en Psiquiatría. Máster en Trastorno Mental Grave por la Universidad de Barcelona. Diplomado especialista en Psiquiatría Forense por la UNED. Miembro fundador del grupo de estudios “Psiquiatría y Filosofía” de la Societat Catalana de Filosofia. Vocal de la Junta de l'Associació Catalana de Professionals en Salut Mental-AEN. Autor/colaborador de los artículos “*Concept of representation and mental symptoms: the case of theory of mind*” (2000); “Ideas sobrevaloradas: cuestiones psicopatológicas” (2011); “Psicopatología de la posmodernidad” (2013); “Trastornos de la personalidad en el DSM-5. Una aproximación crítica” (2014); “Cambios formales en la entrevista psiquiátrica: ¿qué hay de fondo?” (2015); “La simplificación neopositivista del lenguaje de la psicopatología desde una perspectiva post-wittgenstiana” (2015) o la traducción de un artículo del psiquiatra italiano Mario Rossi Monti, “Sobre las huellas de la vergüenza”.

---

**SERGI SOLÉ**

Médico especialista en psiquiatría en ejercicio en la sanidad pública. Desde 2013 edito la revista electrónica (ISSN 2462-5213) *Fenopatologica* dedicada a la investigación hermenéutica en psicopatología. He publicado parte de mi investigación en la revista *Frenia* (2010) y la *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* (2011, 2016). Desde 2015 soy miembro de la Comisión de Ética Asistencial de BCN Salut

---

**SERGI RAVENTÓS**

Diplomado en Trabajo Social por la Universidad de Barcelona, ha cursado el Máster en Teoría Social y también ha obtenido un Diploma de Estudios Avanzados, además de ser Doctor en Sociología por la Universidad Autónoma de Barcelona. La tesis que presentó se titula *Desigualdad socioeconómica y salud mental. La propuesta de una Renta Básica para proteger y promover la salud mental*. Ha escrito diferentes artículos sobre las relaciones entre la salud mental y la propuesta de la Renta básica. También ha explorado otros temas relacionados con la salud mental como las desigualdades, la

pobreza, la crisis económica y los suicidios. En los últimos años ha participado en diferentes cursos, seminarios y simposios sobre la propuesta de la Renta básica. Miembro de la Junta de la Asociación Red Renta básica, que es sección oficial de la *Basic Income Earth Network*. Desde 1998 es técnico de inserción laboral y trabajador social en la *Fundació privada Els Tres Turons* de Barcelona, que gestiona servicios de rehabilitación e inserción laboral. También realiza alguna colaboración docente en el Postgrado de “Análisis económico y filosófico-político del capitalismo contemporáneo” de la UB y en el Máster de “Rehabilitación en salud mental” de la UAB. Forma parte de la comisión ética asistencial de la asociación *Barcelona Salut Mental*.

---

### **MARIA ÀNGELS PORXAS**

Licenciada en Derecho y especialista en Derechos Humanos y Derecho Internacional. Actualmente investigadora doctoral de la Universitat de Girona (UdG) en el Departamento de Derecho Público donde trabaja temas de ética, derechos fundamentales y salud mental. Colaboradora jurídica, formadora y activista en la Federació Veus (entidades del movimiento en primera persona en Catalunya), miembro de la Comisión de Ética de BCN-Salud Mental y miembro de la Junta de la Sección de Derechos Humanos de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Actualmente está realizando una tesis doctoral sobre el tratamiento jurídico de la enfermedad mental en los instrumentos de derechos humanos y en el derecho español.

---

### **BERNABÉ ROBLES**

Licenciado en Medicina y Cirugía y Màster Universitario en Bioètica por la Universitat Ramon Llull. Profesor asociado de Neurología en Fisioterapia (Universitat de Vic, Facultat de Ciències de la Salut). Cap de Servei de Neurologia del Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Miembro del Comitè Ètico de Investigación de la Fundació Sant Joan de Déu. Patró de la Fundació Institut Borja de Bioètica. Miembro de la Comisión Permanente del Comitè de Bioètica de Catalunya. Especializado en Neuroètica. Entre sus publicaciones, cabe señalar: “Bioètica i Cronicitat” (2014); “Equitat en salut: el cas del biaix de gènere” (2014); “La relación médico-paciente en salud mental: el documento de voluntades anticipadas y la planificación anticipada de las decisiones” (2015); “Ethical challenges of the finding of covert awareness with neuroimaging in vegetative states” (2016); “Un cervell ètic?” (2017); “Book of Case Studies 1990-2015 Clinical Ethics Committee 25 Years of Bioethics” (2017); “Estados alterados de consciencia” (2017).

---

**SERGIO RAMOS**

Doctor en Filosofía y Màster en Ciutadania i Drets Humans (Bioètica i Ètiques aplicades). Profesor asociado de ética y legislación en enfermería (Universitat de Barcelona. Facultat d'Infermeria); profesor de bioética en la Universitat de Vic y Universitat de Manresa. Está especializado en bioética y salud mental. Entre sus últimas publicaciones, cabe señalar: *Bioètica y cronicidad. Un intento de humanitzar la asistencia sanitaria en salud mental* (2017); *La historia clínica en salud mental* (2016); *The Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Mental Health Law: a Critical Review* (2016); y *La relación médico-paciente en salud mental: el documento de voluntades anticipadas y la planificación anticipada de las decisiones* (2015. Junto con Bernabé Robles), entre otros.

---

**SABEL GABALDÓN**

Psiquiatra. Jefe de sección de psiquiatría del Hospital Materno-Infantil de Sant Joan de Déu de Barcelona. Máster en Bioética por la Universidad Ramón Llull. Colaborador del Instituto Borja de Bioética. Coordinador del Comité de Ética Asistencial (CEA) del Hospital Materno Infantil de Sant Joan de Déu de Barcelona. En línea con el tema de su comunicación publicó recientemente el artículo: “La transexualidad medicalizada: una mirada ética”.

---

**BEATRIZ LANGA**

“labailarina clandestina”<sup>®</sup> | Es bailarina de danza de contemporánea, intérprete y creadora. Licenciada en psicología, especializada en clínica, con amplia formación continua. Máster en Danzamovimientoterapia (DMT). Predoctorada en Artes Escénicas. En la actualidad trabaja como psicóloga en diversas instituciones clínicas y también en proyectos artísticos de inclusión social. Investiga en los siguientes ámbitos: psicoterapia, movimiento y cuerpo, procesos creativos y psicología del arte. Y sigue bailando.

---

**CRISTINA PRADILLO**

Graduada en Psicología por la Universidad de Barcelona. Máster en Estudios Avanzados en Exclusión Social por la Universidad de Barcelona. Ha colaborado con el Departamento de Psicología Social de la Universidad de Barcelona en temas de racismo y de espacio público. Actualmente estudia el Grado de Filosofía y colabora con *Federació Veus* en temas de derechos y salud mental.

---

**MARILA ULIAQUE**

Diplomada en Terapia Ocupacional, Máster en *Psicobiologia i Neurociència Cognitiva* por la UAB y Técnica en Animación Sociocultural. Coordinadora de *Atenció Directa de la Residència Mas Sauró*, miembro del ERESS de *Residència Mas Sauró* y del *Comitè d'Ètica de Fundació Vella Terra*.

---

**NÚRIA FIGUERAS**

Diplomada en Trabajo Social, Posgrado en *Malaltia Mental i Alteracions de la Conducta en Persones amb Discapacitat Intel.lectual* por la UIC. Directora de *Residència Mas Sauró*. Miembro del ERESS de *Residència Mas Sauró*, del ERESS del *Consorti de Serveis Socials de Barcelona* i del *Observatori dels Drets de la Fundació Vella Terra*.

---

**JULIÁN CAMACHO**

Educador Social, Arteterapeuta y mediador familiar En la actualidad dirige el Centro Can Rubió, CRAE de la DGAI A para jóvenes tutelados con trastorno mental grave y es miembro de la junta directiva de Grefart.

---

**MARIA RIBAS**

Coordinadora Clínica. Unidad Terapéutica del Centro Educativo Els Tilers. Parc Sanitari Sant Joan de Déu. [mribas@pssjd.org](mailto:mribas@pssjd.org)

---

**ORIOL CANALIAS**

Trabajador Social. Unidad Terapéutica del Centro Educativo Els Tilers. Parc Sanitari Sant Joan de Déu. [ocanalias@pssjd.org](mailto:ocanalias@pssjd.org)

---

**MONTSERRAT FERNÁNDEZ**

Licenciada en Derecho por la Universidad de Barcelona, abogada en ejercicio desde 1989, pertenece al Ilustre Colegio de Abogados de Barcelona. Especializada en Derecho de las personas. Mediadora familiar del Centro de Mediación Privada de Catalunya. Patrona fundadora de la *Fundació Tutelar Fundació Privada Lluís Artigues* y de la *Fundació Sant Pere Claver-Fundació Serveis Socials*.

---

**FRANCISCO JOSÉ EIROÁ**

En 2012 culminó un doctorado europeo en Psicología Clínica y Psiquiatría por las universidades de Hamburgo y Autónoma de Barcelona. Tras estancias en Dresde y Montevideo, ha ocupado puestos docentes en las universidades de Edimburgo y Este de Londres. Actualmente es investigador Marie Skłodowska-Curie en las Universidades de Yale y Barcelona, además de colaborar con la [Federación de Entidades Catalanas de Salud Mental en 1ª Persona - VEUS](#) y [Obertament](#), la alianza catalana de lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Sus intereses de investigación están enfocados en el análisis de estrategias de concienciación de usuarios y profesionales del ámbito de la salud mental para mejorar la comunicación entre ellos, potenciando la participación en los servicios de los primeros y la reflexión crítica y autocuidado de los segundos.

---

**ELENA SERRANO**

Profesional de la Atención Primaria de Salud, miembro de el Grupo de Reflexión y Acción impulsado por el Fòrum Català d'Atenció Primària (FoCAP) en el marco del *Projecte de Suport Emocional a persones afectades per la crisi* (SEPAC). Junto con otros autores, ha elaborado el documento, publicado en 2016: *Atenció a les persones amb malestar emocional relacionat amb condicionants socials a l'Atenció Primària de Salut*.

---

**BERNA VILLAREAL**

Treballadora social especializada en el ámbito de la salud y de la adolescencia, con 27 años de experiencia profesional. Máster en *Drogodependències* (Universidad de Barcelona), Posgrado en *Grups de Salut Mental* (Universidad de Barcelona), Máster en *Intervencions socials-educatives en recerca social* (Universitat de Barcelona) y Posgrado en *Psicoteràpia i psicoanalítica* (Universitat de Girona). Ha sido docente en la Universidad de Barcelona y ha participado como ponente en diferentes jornadas y congresos, también ha realizado dos investigaciones, una de ellas premiada por la *Fundació Orienta* y el Ayuntamiento de Sant Boi. Supervisa profesionales del ámbito educativo y social y ha publicado artículos y materiales de prevención para jóvenes.

---

Editado  
en Barcelona,  
en noviembre de 2017.

Aporia  Grup de recerca  
en Filosofia Contemporània,  
Ètica i Política

 UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

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