

X CONGRESO INTERNACIONAL FILOSOFÍA Y SALUD MENTAL

Condición humana y vulnerabilidad

COMUNICACIONES

17 y 18 febrero 2022

Aporia 

 UNIVERSITAT DE
BARCELONA

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



Editado por:

Aporia 

https://www.ub.edu/grc_aporia/



Sant Pere Claver[®]
INSTITUT DOCENT-RECERCA

www.spcdocent.org

Edición a cargo de Begoña Román, Josep Maria Esquirol e Iria Rodríguez

Fecha de edición: Marzo 2023

ISBN: 978-84-09-49579-5



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



ÍNDICE

PRÓLOGO	3
Begoña Román	
<hr/>	
COMUNICACIONES	
LA CONCIENCIA DE LA FRAGILIDAD EN PSICOTERAPIA: ENTRE LAS PALABRAS Y EL CUERPO	6
M ^a África Cruz García y Elisa Martín Ortega	
<hr/>	
ADVERSIDAD Y VULNERABILIDAD EN EL SISTEMA DE PROTECCIÓN: ACTIVANDO RESILIENCIA	16
María Luisa Joga, Maria Ribas Siñol, et al.	
<hr/>	
CIUDADANÍA Y VULNERABILIDAD: NUEVAS GESTIONES DE LA COMPLEJIDAD PANDÉMICA DEL PROGRAMA “MENTS DESPERTES”	
Grup SOM VIA	27
<hr/>	
COMPETENCIA Y CUIDADO: EL RETO	30
Sergio Ramos y Bernabé Robles	
<hr/>	
OLVIDAR A PETER PAN. NOTAS SOBRE EL INFANTILISMO, A PARTIR DE UNOS POCOS ESCRITOS DE RAMÓN GAYA	47
Antonio Castilla	
<hr/>	
LA VULNERABILIDAD COMO FUENTE DE ORIENTACIÓN ÉTICA	59
Berta Sáenz	
<hr/>	
UNA APROXIMACIÓN A LA APERTURA DEL SENTIR EN LA OBRA DE MARÍA ZAMBRANO	70
Iria Rodríguez	
<hr/>	
AUTORES	76
<hr/>	



PRÓLOGO

Presentamos a continuación las comunicaciones del X Congreso Internacional de Filosofía y Salud mental, congreso que organizamos el grupo de investigación Aporia, Filosofía contemporánea, ética y política, junto con la Fundación Sant Pere Claver, y que tuvo lugar en Barcelona, en la Facultad de Filosofía los días 17 y 18 de febrero de 2022.

Nuestro congreso, que celebramos cada dos años, pretende forjar un encuentro interdisciplinar desde el cual allende nuestras respectivas disciplinas y profesiones enriquecernos y mejorar teorías y abordajes terapéuticos. Convencidos que tras toda buena práctica terapéutica anida una antropología y una orientación ética, en las comunicaciones que a continuación podréis leer se abordan diferentes temáticas bajo el hilo conductor del que fu el lema de este X congreso: “Condición humana y vulnerabilidad”.

La presencia e impacto de la pandemia de COVID19 están muy presentes en algunas de las comunicaciones, sobre todo en las dos primeras. La conciencia de la fragilidad y la importancia del cuerpo y las palabras son abordadas desde una dimensión psicoterapéutica por parte de M^a África Cruz García y Elisa Martín Ortega.

En la segunda comunicación. María Luisa Joga, Maria Ribas Siñol, junto con otros profesionales de la Unidad Terapéutica Educativa Residencial Acompanya'm (UTER), del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, nos muestran los cambios que, a raíz de la pandemia, tuvieron que introducir para paliar los efectos del confinamiento en los jóvenes en ella ingresados. Fruto de las lecciones aprendidas muchos de los cambios han permanecido al constatar su conveniencia.

Como es fundamental escuchar las voces de las personas afectadas, en la tercera de las comunicaciones, el Grup SOM VIA, que combate el estigma desde el empoderamiento personal y colectivo, nos explicó su programa “Ments Despertes” que el grupo coordina. Siguiendo la metodología de historia de vida y la narrativa de la salud mental, los pacientes relatan su biografía. Se trata de una respuesta comunitaria a los problemas de



salud mental.

El análisis conceptual de la competencia y el cuidado es la aportación de Sergio Ramos y Bernabé Robles en la cuarta comunicación. Este análisis es clave para saber encontrar el punto adecuado entre el paternalismo y la autonomía de las personas con problemática mental o neurológica, para saber reconocer el grado de voluntariedad y respetar la decisión personal, y cuando no y hay que priorizar su protección.

La quinta comunicación de Antonio Castilla es una reflexión sobre el infantilismo y el síndrome de Peter Pan, considerando como patológico el deseo de los adultos de no querer madurar.

En la sexta comunicación, Berta Sáez nos propone una interesante reflexión sobre la noción de vulnerabilidad. Más allá de su lectura negativa, como mera herida, se vislumbra como posibilidad de una orientación ética que puede ser muy fructífera.

Finalmente, en la séptima comunicación y de la mano de María Zambrano, Iria Rodríguez nos propone pensar la condición humana de otra manera, a partir de pensar la herida de la vulnerabilidad como una apertura del sentir.

Pensar la condición humana y la vulnerabilidad, pensar en las prácticas, profesionales y de la ciudadanía, sobre cómo relacionarnos con la salud mental, puede ser una buena fuente para promoverla y para explorar mejores formas de relacionarnos los unos con los otros, tan iguales, tan distintos.

En todas las comunicaciones hay un deseo de comprender el sentir humano en tanto que afectable, sensible, herible. La condición humana se ha pensado casi siempre desde la razón, el capacitismo, el concepto. Lo que aquí se explora es un mejor abordaje de la condición doliente. Profesionales de la salud mental y pensadores intentamos orientar con este cambio de mirada maneras sobre cómo atenderlos y comprenderlos mejor.

Deseamos que encontréis en su lectura luces e ideas para transformar la mirada sobre la salud mental. A fin de cuentas, a eso pretendemos contribuir con estos congresos internacionales e interdisciplinares sobre Filosofía y Salud mental.

Begoña Román Maestre¹

¹ Coordinadora de Aporia. Grupo de investigación en Filosofía contemporánea, Ética y Política.



COMUNICACIONES



LA CONCIENCIA DE LA FRAGILIDAD EN PSICOTERAPIA: ENTRE LAS PALABRAS Y EL CUERPO

M^a África Cruz García

Elisa Martín Ortega

Resumen

La psicoterapia es una urdimbre de palabras que difícilmente alcanzan significación si no es a través de la presencia. El aislamiento de la pandemia ha puesto de relieve que la renuncia al cuerpo tiene graves consecuencias. Cabe preguntarse qué psicoterapia tendrá el poder de poner en contacto a las personas con su fragilidad. Frente a la pantalla convertida en un espejo imperturbable, querer verse reflejado en el rostro del otro. Se plantea la necesidad de abrir en la psicoterapia un espacio que permita la emoción y el encuentro, donde el sufrimiento sea tolerado y propicie la apertura a la experiencia.

Palabras clave: psicoterapia, pandemia, presencia, cuerpo, conciencia de fragilidad

La psicoterapia es una urdimbre de palabras, pero estas difícilmente alcanzan significación si no es a través de la presencia. El aislamiento producido por la pandemia de Covid-19 ha puesto de relieve que la renuncia al cuerpo tiene graves consecuencias en los vínculos y en los mensajes y los afectos que se construyen a través de ellos. En este contexto, en el que la demanda de intervenciones psicoterapéuticas ha aumentado enormemente debido a un malestar social evidente (Fernández y García-San Miguel, 2020; Buitrago et al, 2021), cabe preguntarse cuántas de ellas ofrecerán a las personas la posibilidad de entrar en contacto con su propia fragilidad. Es este un camino radical y arriesgado, que implica establecer una comunicación que huya de la saturación de los medios digitales y propicie un



encuentro humano cada vez más dificultoso. Nos adentramos en el campo de estudio de la psiquiatría fenomenológica, en la que la “comprensión del mundo del paciente se realiza mediante modelos teóricos que son constitutivos de la capacidad de analizar e indagar en los estados psíquicos subjetivos del paciente” (Brencio, 2021a, p. 357). Destaca la exploración de la *atmósfera interior* como herramienta de comprensión psicopatológica, así como el énfasis puesto en el “tú que es traído al presente de lo *humanamente común*” (Brencio, 2021a, p. 357).

La condición humana, tal y como ha sido explorada a través de la historia de la literatura, la filosofía y el arte, lleva aparejada la conciencia de la vulnerabilidad: a través de las preocupaciones existenciales, la expresión de las pasiones y los afectos, y la búsqueda de un lenguaje que aúne la reflexión y el sentimiento. Frente a planteamientos utilitaristas que pretenden completar al individuo y librarlo de sus debilidades –como los que inspiran la mayor parte de los tratamientos de corte cognitivo-conductual– planteamos una concepción de la psicoterapia en la que lo esencial reside en la creación de un espacio y un tiempo donde el sufrimiento sea tolerado y se propicie la apertura a la experiencia.

La vulnerabilidad se convierte, paradójicamente, en una fuente de transformación y de cambio, en el espacio donde el sujeto puede hallarse a sí mismo a través del encuentro con el otro:

The person's constitutive vulnerability needs to be recognized as a *transformative resource* in the healing journey through a genuine dialectic movement which is not finalized in removing this vulnerability but rather in reassessing its nature and its potentiality in a completely different way. (Brencio, 2021b, p. 12)

En el marco psicoterapéutico, necesariamente orientado al alivio del sufrimiento, a veces cuesta concebir que el estar en contacto con el propio dolor y tomar conciencia de la fragilidad puedan ser fuente de curación. Quizá sería necesario matizar el propio concepto de cura y también enfatizar la distinción entre el sufrimiento agudo que ahoga al sujeto, a veces inerte y necesitado de alivio, y el reconocimiento de su vulnerabilidad existencial. El camino iniciado en la psicoterapia pasa a menudo por la transformación del sufrimiento, lo que no necesariamente desemboca en su



erradicación: “Psychotherapy success (...) can be observed in terms of recognition and deciphering symptoms which allows the patient to embrace his vulnerable form of existence” (Brencio, 2021b, p. 12).

Se podría decir, releendo algunas palabras de Josep Maria Esquirol a la luz de los acontecimientos ocurridos durante la pandemia de Covid-19, que vivimos en la desorientación, que hemos perdido el norte: “Perder el norte es perder esta orientación fundamental: el día y sus siluetas vecinas, los gestos y las palabras cotidianas y, principalmente, el rostro del otro que nos escucha” (Esquirol, 2015, p. 62). El filósofo esboza una idea de la proximidad que no solo se refiere a la cálida cercanía del otro, sino que acoge en su seno lo inhóspito y la angustia que lo revela. No se trata, por tanto, de anular o controlar la angustia a través de la presencia y el contacto humano, sino de ofrecerle la posibilidad de manifestarse, y de volverse, en la seguridad del encuentro próximo, pensable y soportable. En el contexto de la psicoterapia, esto tiene que ver con el reconocimiento. Reconocer es una acción íntimamente ligada al establecimiento de la identidad, a la exploración atenta, a la observación de lo que ocurre a nuestro alrededor, y también al agradecimiento. En tiempos o momentos de desorientación, una buena parte del éxito terapéutico depende de que el paciente se sienta reconocido en una mirada que le permita descubrirse. Y decimos aquí descubrir en su sentido literal, de retirar un velo.

Kant fue uno de los primeros filósofos en evocar el concepto de reconocimiento: “[Kant] uses the German word *Rekognition* to signify the identification, the grasping of, a unified meaning through thought” (Brencio, 2021b, p. 11). El reconocimiento aparece íntimamente ligado a la construcción del sentido, a la identificación y al vínculo entre la función reflexiva y la apertura hacia el otro. Hegel retoma posteriormente esta noción: “It ensured the link between self-reflection and orientation toward the other; in other words, the reciprocal determination of the relation between self and intersubjectivity” (Brencio, 2021b, p. 11).

Los gestos cotidianos cobran un valor especial: la frecuencia de las sesiones, la tranquilidad del encuentro, la lenta construcción de un vínculo. La gratitud se concibe, finalmente, como el modo particular en que la vulnerabilidad más extrema



puede ser asumida y mostrada: frente a la exposición, la desnudez, la desprotección surge la posibilidad de ser contemplado por un otro que no constituye una amenaza. La intimidad es el don del espacio psicoterapéutico, y de ella surge precisamente el agradecimiento: de haberle dado un lugar al padecer ajeno, de haber hallado una estancia en la que poder albergarlo.

En este sentido compartimos una primera reflexión desde el quehacer de la práctica clínica cotidiana con pacientes en la red pública de salud mental, en concreto en el Centro de Salud Mental infanto-juvenil de Sants-Montjuïc, en Barcelona, durante los meses en que la actividad se vio afectada por la pandemia de Covid-19:

El primer encuentro entre dos o más desconocidos es un momento de incertidumbre, también en el contexto terapéutico. Ahora las mascarillas cubren parte del rostro, siempre hay partes del otro que no se ven y en estos momentos se hace aún más evidente. Decidí que en mi práctica clínica, como ritual en las primeras visitas presenciales, propondría a los pacientes nuevos bajarnos las mascarillas tan sólo un segundo, para saludarnos. Reivindicar así el poder de este gesto, sencillo a la vez que relevante: reconocernos sin palabras, a modo de ritual de encuentro. La mayoría se sorprenden y lo agradecen, tanto los padres como los menores. También se da el caso de adolescentes e incluso niños que dicen que no a la propuesta. Hay adultos que los respetan y otros que pretender obligarles a destaparse. Observé que los menores que se negaban a mostrar el rostro tenían tal necesidad de ocultarse que en general también les cubría parte del rostro un gran flequillo o simplemente permanecían esquivos, ya fuera con la mirada y/o con la postura, predominando el quedarse cabizbajos. En definitiva, el cuerpo habla, y por eso cabe escucharlo y acogerlo tal cual se muestra y se esconde. Respetar los gestos del otro también nos orienta.

Demasiadas veces las intervenciones nacen lastradas por una sensación de alarma, de excepción, de urgencia. En la situación generada por la pandemia, los medios de comunicación ponen el acento en el desbordamiento de los servicios de



salud mental y el léxico empleado remite constantemente al exceso: avalancha de casos, tsunami de pacientes, pandemia de salud mental. Sin obviar la dificultad derivada de una sobrecarga de trabajo que es real, hemos de tener en cuenta que la sensación de premura generalizada desvirtúa la posibilidad de acoger a los pacientes y ofrecerles proximidad. La psicoterapia debiera ahora más que nunca aspirar a convertirse en un espacio en el que recuperar la cotidianidad perdida, el contacto humano y el discurrir del tiempo. En palabras de Esquirol:

La enfermedad es la cerrazón y, de algún modo, el cierre del tiempo (como si nada ocurriese ni pudiera ocurrir ya). Volver al día a día es volver a la vida; es redescubrir la oportunidad del día a día, y sus demandas e invitaciones: he aquí la suerte de poder volver a la normalidad, [que] (...) supone precisamente recuperar el norte y una cierta confianza. (Esquirol, 2015, p. 73)

Ese cierre del tiempo, tan generalizado desde que irrumpió la pandemia, traducido en una sensación de inmovilismo y de suspensión de nuestras vidas, ha llevado aparejada una nueva clase de hiperactividad mental: bombardeo de noticias, de datos, de opiniones expertas, también de pensamientos angustiosos y de una actividad frenética en el medio digital. Mientras la realidad parece haberse detenido, nuestras mentes permanecen sumidas en un *horror vacui* que esconde la melancolía y el desconcierto. Por ello, las intervenciones terapéuticas habrían de concentrarse en la apertura de un espacio para la lentitud de la expresión y el pensamiento: una detención que, paradójicamente, permitiría la emergencia de la acción vital y el discurrir del tiempo.

En este contexto, el encuadre se convierte quizá en el recurso más determinante para la práctica. Antes de poder llegar a trabajar con los contenidos que trae un determinado paciente, o de realizar intervenciones conducentes a intentar paliar sus síntomas, hemos de crear con él, o para él, una nueva cotidianidad. Nos referimos aquí a los aspectos más clásicos del encuadre como la frecuencia o la duración de las sesiones: la aparición de un hábito o costumbre, y también a otros cual la exploración de nuevos escenarios que faciliten el encuentro. Hoy más que nunca, el dónde y el cuándo de la psicoterapia es esencial.



En el CSMIJ de Sants-Monjuïc la pandemia ha traído la oportunidad de probar formas de encuentro fuera de la consulta. Salir del despacho es una experiencia que posibilita conocer al otro en su relación con el entorno cotidiano. Son varios los niños y adolescentes que han expresado que les gusta hacer la sesión fuera del despacho: en la calle, algunos prefieren sentarse en algún banco del parque, otros piden jugar en la parte de los toboganes y los columpios, y otros eligen pasear durante la sesión; todos comentan que a pesar de que al principio les sorprende la propuesta disfrutan la experiencia, en muchos casos se sienten más relajados.

De las experiencias realizadas hasta el momento la impresión es que en general realizar la sesión fuera del despacho facilita seguir conociendo al otro. Observar si escoge, o si se inhibe y delega en las diferentes decisiones a la hora de elegir el rumbo o la actividad (pasear, sentarnos, etc). Como en el despacho, la terapeuta no ha de perder su objetivo: estar atenta, escuchar a lo que acontece, implementar intervenciones que posibiliten el despliegue de la subjetividad y que faciliten el crecimiento.

En algunos casos excepcionales el dispositivo donde trabajo como psicóloga clínica me facilitó poder proponer visitas en un museo próximo al centro. Atender a cómo el otro se sitúa ante este ofrecimiento, qué exposición elige ver, qué le evoca el espacio y las obras presentadas, qué mira y qué ignora de lo expuesto son formas diferentes de propiciar el encuentro y profundizar en el vínculo. En la mayoría de las ocasiones estas salidas me permitieron descubrir aspectos sanos y creativos de los niños y los adolescentes.

La presencia física se convierte en otro de los fundamentos de la psicoterapia en tiempos de desorientación. En un contexto de fragmentación de la experiencia (consecuencia de haber desligado lo percibido por los sentidos de lo real) es el cuerpo del otro el que otorga significado a la propia realidad psíquica. La presencia se convierte en una herramienta terapéutica en sí misma. Es en el estar -estar efectivamente y estar cerca de uno- donde reposa la primera apertura al



pensamiento, donde la imaginación ha de desarrollarse. No olvidemos que la capacidad reflexiva es, etimológicamente, la posibilidad de reflejar, de examinar el pensamiento. Y todo reflejo exige un objeto real próximo y presente. La siguiente viñeta clínica sirve para ilustrar precisamente este aspecto.

En el centro de salud mental infanto-juvenil es precisamente la opción de terapia grupal la que más fácilmente posibilita un encuadre de encuentro regular y frecuente (una vez a la semana). Uno de los grupos que convocamos cada año se dirige a adolescentes que por diferentes motivos tienen problemas importantes de relación social, y es por tanto uno de los objetivos del grupo poder trabajar la comunicación y la relación, con uno mismo y con los otros. La indicación, más allá de las orientaciones diagnósticas clínicas (suele coincidir que la mayoría han recibido un diagnóstico de trastorno del espectro autista, aunque también pueden ser adolescentes con un perfil fóbico-evitativo muy acentuado), surge de que son adolescentes que comparten un sentirse con frecuencia aislados y diferentes, y con un elevado malestar asociado; a la vez que todos ellos reconocen que como mejor se sienten es precisamente estando solos.

En el curso 2019-2020 conformaron este grupo terapéutico siete adolescentes. La pandemia de Covid irrumpió cuando estábamos a mitad del grupo terapéutico. Al final decidimos retomar el espacio grupal aunque fuera en formato online. Cambiaba totalmente el tipo de grupo, además de que en lo presencial trabajábamos a través de dinámicas lúdicas adaptadas a la edad de la adolescencia, y desde el enfoque de la psicomotricidad y la arteterapia (Gysin y Sorín, 2011). No era un grupo para enseñar cómo hay que comunicarse o relacionarse, sino para, a través de dinámicas que implicaban poner el cuerpo en juego, fomentar experiencias de interacción que ayudaran a interrogarse. Entre otras cuestiones: cómo es nuestra escucha, hasta dónde puedo confiar en mí y en el otro, cómo suelo relacionarme: desde el dominio o desde la colaboración, etc. Había un participante que era muy frágil y en lo presencial solía quedarse en su mundo, a veces incluso lo oíamos con



algún soliloquio. Este chico en lo presencial pudo conectarse por momentos, y divertirse con los compañeros, que pese a que en algún momento no lo entendían lo pudieron aceptar y acompañar. En el formato online no podíamos ayudarlo a incorporarse, pues era a través de lo no verbal como solíamos incluirlo en el grupo. Algún otro participante que había asistido regularmente en la modalidad presencial se despistaba y se conectaba intermitentemente al grupo online. Se pusieron en evidencia también aspectos de la dinámica familiar muy complejos y que se agravaron durante el confinamiento más estricto, lo que interfirió en su mayor absentismo. Algunos adolescentes del grupo, en las sesiones online y de forma espontánea, dijeron que preferían el grupo presencial y que lo echaban de menos. Uno pudo explicar que se divertía más y que se sentía menos solo.

El cuerpo a cuerpo resultó ser muy valorado por aquellos chicos que, al inicio, en la mayoría de los casos, habían puesto cierta reticencia al ofrecimiento de participar de un grupo terapéutico con iguales. Nos hizo pensar que todo esto eran indicadores de que algo importante habían podido experimentar en el espacio grupal presencial y que por eso se podía reconocer su falta. Fue por ello que decidimos realizar una última sesión presencial cuando se relajaron las restricciones. Los padres de la mayoría de los chicos reconocieron como algo novedoso el ver que sus hijos, que inicialmente eran reticentes a asistir al grupo, tuvieran ganas de acudir presencialmente a una última sesión, cuando la mayoría de ellos hasta el momento había preferido priorizar los contactos online. También comentaron que esto les había dado a los chicos, y a ellos mismos como padres, esperanza.

Llegamos, a través de estas distintas experiencias, al lenguaje. ¿Qué lenguaje conduce a la proximidad y la intimidad del encuentro? Estamos todavía muy lejos de un decir interpretativo que otorgue sentido a los contenidos que expresa el paciente; y mucho más de un lenguaje técnico que nombre su padecimiento (Brencio, 2021, p. 354). Con Esquirol, nos aprestamos a recuperar el lenguaje



ordinario: “A la sombra del nihilismo, siempre persistente, el lenguaje ordinario es motivo de orientación, cosa que, en cambio, se da poco en los lenguajes especializados de las nuevas ciencias humanas y sociales, y menos aún en los de las neurociencias” (Esquirol, 2015, p. 70).

La psicoterapia busca en este ámbito devolver al paciente la posibilidad de hablar con palabras comunes, para lo cual es necesario a menudo ir vaciando su discurso de todo lenguaje estereotipado. Numerosos pacientes cuentan en las primeras sesiones lo que les ocurre como si estuvieran recitando un manual diagnóstico. El discurso médico preponderante y su penetración en los medios de comunicación inunda nuestra subjetividad con un supuesto saber experto que anula la creatividad y esconde la fragilidad humana bajo un arsenal de descripciones psicopatológicas. La práctica clínica, sin embargo, debiera huir de ellas y volver a nombrar, con cuidado, pero sin tapujos, el miedo a la muerte, el sentimiento de extravío, la nostalgia del pasado, el dolor por la pérdida.

El lenguaje aspira a convertirse en gesto, es decir, en aquello que decimos con el cuerpo. Alcanzan una especial significación la voz, el tono y la conjunción de palabra y rostro. La palabra que surge del cuerpo es también fuente de orientación. La proximidad se construye a través del recuerdo y la evocación de lo que el paciente nos ha contado tiempo atrás, devolviéndole sus propias palabras en el momento preciso, con la forma y la entonación adecuadas; quizá sin llegar a interpretarlas, sin ofrecer soluciones ni consejos: un lenguaje que sea, una vez más, reconocimiento, reflejo, atención y memoria. Según Esquirol, el lenguaje de la proximidad es, en primera instancia, el nombre propio:

De dirigirse a las personas en genérico a hacerlo por el nombre propio hay un buen trecho. Pronunciar el nombre propio es como mirar a los ojos. (...) Los nombres -junto con toda palabra que ampare- son la modalidad lingüística de la proximidad. (Esquirol, 2015, p. 73)

Elegir cuándo y cómo utilizar el nombre propio de un paciente, sentir sus repeticiones, incluirlo o no en una u otra expresión cuando nos dirigimos a él. Pensar en el modo en que pronunciamos nuestro propio nombre y permitimos al otro que lo emplee o no. Son todas ellas formas de cuidado lingüístico que nos conducen hacia una concepción del lenguaje en que las palabras, lejos de conformar un discurso



explicativo sobre lo que le ocurre al otro, ofrecen un espacio simbólico en el que pueda emerger la intimidad.

Al final de este recorrido (presencia corporal, espacio y tiempo, lenguaje común y acogedor) está la conciencia de la fragilidad. El paciente (que no significa nada más que “aquel que sufre”) llega a ella gracias a la apertura de una nueva temporalidad, el hábito; al encuentro cuerpo a cuerpo, es decir, sin nada que se interponga, en la casi desnudez; y a unas palabras que son voz, que llevan el signo inequívoco de su pronunciación. Solo entonces puede concebirse un verdadero trabajo basado en el autoconocimiento o el cambio. Y aun cuando esto no es posible, en todos aquellos momentos en los que la psicoterapia no garantiza la consecución de metas u objetivos concretos, o cuando el sufrimiento psíquico se torna inevitable, no carece por ello de sentido. Aliviar una aflicción no es tarea superflua; proteger la fragilidad ajena, para que pueda así manifestarse, es, de todas nuestras labores, la menos trivial y la más dificultosa.

Bibliografía

- Brencio, F (2021a). “Fenomenología y psicopatología”. En C. Moreno, *En torno a la inquietud. Aproximaciones fenomenológicas*. Barcelona: Herder, pp. 345-363.
- Brencio, F. (2021b), “From Diagnosis to Therapeutic Empathy: A Journey into Recognition”. *Philosophy, Psychiatry & Psychology*, 28 (1), pp. 11-13. *Disponible en línea*: <https://doi.org/10.1353/ppp.2021.0001>
- Buitrago, F., Ciurana R., Fernández M.^ªC., y Tizón J.L. (2021), “Repercusiones de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental de la población general. Reflexiones y propuestas”. *Atención Primaria*, 53,(7). *Disponible en línea*: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102143>
- Esquirol, JM (2015). *La resistencia íntima. Ensayo de una filosofía de la proximidad*, Barcelona: Editorial Acantalido.
- Fernández, E. y García-San Miguel, L. (19/05/2020). “Covid-19 y Salud Mental”. *Revista Española de Salud Pública*. Recuperado Junio 22, 2022. *Disponible en línea*: <https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones>
- Gysin, M y Sorín M (2011). *El arte y la persona. Arteterapia: esa hierbita verde*. Barcelona: Ispa Edicions.



ADVERSIDAD Y VULNERABILIDAD EN EL SISTEMA DE PROTECCIÓN: ACTIVANDO RESILIENCIA

Joga Elvira ML*, Ribas Siñol M**, Rueda Bárcena I*,
De Pedro Melgarejo F**, Querol González M**,
González Vallespí L**, Insa Pineda I*, Ayala
Martínez L***, Planas Bas A***.²

Resumen

La pandemia por COVID-19 ha impactado en la salud física y emocional de la población general afectando la disponibilidad y acceso a los servicios de salud mental, mientras que de forma paralela incrementaba de forma significativa la demanda de atención en estos servicios. Sin embargo, en la Unidad Terapéutica-Educativa Acompaña'm, donde conviven jóvenes con patología mental y problemática socio-familiar, no se objetivó empeoramiento conductual ni psicopatológico en los usuarios durante el periodo de confinamiento. Las estrategias implementadas incrementaron la capacidad de afrontamiento ante esta situación adversa, estrategias que se han mantenido al valorarse como beneficiosas para todos los usuarios.

Palabras clave: vulnerabilidad, salud mental, infanto-juvenil, resiliencia, afrontamiento, confinamiento, pandemia.

² *Psiquiatra, Unidad Terapéutica-Educativa Residencial Acompaña'm.

**Psicólogo/a, Unidad Terapéutica-Educativa Residencial Acompaña'm.

***Trabajadora social, Unidad Terapéutica-Educativa Residencial Acompaña'm.



1. Introducción

La pandemia por la COVID-19 ha supuesto una emergencia de salud pública de gran impacto internacional, con graves consecuencias tanto en la salud física de la población general como a nivel de la salud mental. La situación excepcional de epidemia y la necesidad de imponer un confinamiento social jamás experimentado hasta la fecha han puesto de manifiesto la vulnerabilidad de la persona para afrontar y gestionar situaciones de alto estrés. Los problemas de salud mental han aumentado con mayor impacto en algunos grupos poblacionales más vulnerables entre los que se encuentra la infancia y adolescencia. Asimismo, ha puesto en primer plano situaciones de injusticia social que, aunque ya conocidas, no eran tan evidentes antes de la pandemia (condiciones de vivienda precaria, bajo apoyo o nivel económico, inexistencia de soporte social y emocional...) (Tizón, J. L., 2020). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), el 93% de los países ha visto cómo la pandemia paralizaba o afectaba a sus servicios de salud mental, incrementándose de forma significativa las demandas de atención y asistencia en estos servicios. En población general, han incrementado los niveles de ansiedad y estrés (1 de cada 3 en población adulta, 1 de cada 2 en jóvenes) (Confederación Salud Mental España, 2021; Ausín, 2020).

Diversos estudios señalan el incremento de consultas relacionadas con la salud mental tanto en relación a empeoramiento de trastornos psiquiátricos de base (empeoramiento de los trastornos alimentarios, aumento de adicciones a nuevas tecnologías, incremento de visitas a servicios de urgencias así como de conductas autolesivas y tentativas autolíticas...) como con aparición de nuevos diagnósticos (en especial cuadros ansiosos y depresivos), poniendo de manifiesto una vulnerabilidad subyacente (Confederación Salud Mental España, 2021; Ausín, 2020; Simón, 2020). El confinamiento obligado por la situación pandémica ha generado temores, ansiedad y bajo estado de ánimo secundario al aislamiento, o a la búsqueda de información, no siempre bien documentada, desde el afán de tranquilización y normalización de una situación excepcional. En un mundo globalizado en el cual las redes sociales y de comunicación son tan ampliamente utilizadas, las informaciones



disponibles no se correspondían en muchas ocasiones a una realidad contrastada, generándose ideas o expectativas no ajustadas a la situación, mermando la capacidad de las personas para afrontar la incertidumbre, lo que ha podido facilitar la aparición de sentimientos de frustración/ansiedad/bajo estado de ánimo al no ser capaz la persona de afrontar la situación de una forma acorde a lo esperable (Panksepp, 2012).

Entre los factores de vulnerabilidad hacia los problemas psicológicos y psicosociales ante situaciones de crisis, se describen la infancia y adolescencia (así como mujeres y ancianos), los grupos minoritarios, padecer enfermedad mental de larga evolución o antecedente de trastorno mental previo, antecedentes traumáticos previos, centros residenciales para la infancia y la adolescencia o discapacidad, entre otros (Buitrago, 2020; Buitrago, 2020. Grupo de Salud Mental del PAPPS). Especial atención merecen los niños, niñas y adolescentes diagnosticados de trastorno mental y problemática social asociada, residentes en centros de protección a la infancia. El presente trabajo constituye un análisis y reflexión sobre las consecuencias del confinamiento a causa de la pandemia por COVID-19 en este grupo poblacional especialmente vulnerable.

2. Covid-19 y efectos de la pandemia en salud mental infanto-juvenil

La pandemia por COVID-19, así como el aislamiento y confinamiento derivados de la misma, ha generado factores de alto estrés para la población infanto-juvenil que han visto alteradas de forma significativa sus rutinas diarias y el estilo relacional. La frustración producto de la imposibilidad de llevar a cabo los planes y actividades habituales, el cierre de las escuelas con impacto tanto a nivel académico como relacional, la pérdida de oportunidades propias de cada grupo de edad, el aburrimiento, la ansiedad percibida en los cuidadores principales, el temor ante la pérdida de personas significativas, la incertidumbre ante la recuperación de la normalidad, las limitaciones en el disfrute del ocio, la pérdida de espacio personal, etc., ha afectado la estabilidad emocional de niños, niñas y adolescentes.

Según informa el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona (Cuaderno FAROS 12, 2021), las consultas psiquiátricas en urgencias en el primer trimestre de 2021 se



incrementaron un 47% respecto al mismo periodo de 2020. Asimismo, el impacto en algunas patologías ha sido más significativo, concretamente, en los Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil de Cataluña, en los que se han incrementado un 25% las consultas relacionadas con Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en el último año, doblándose las derivaciones urgentes a unidades específicas como la unidad TCA del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona (Estudio EmCoVID, 2020; Cuaderno FAROS, 2020).

La Asociación Española de Pediatría (AEP), en el II Congreso Digital de la AEP (junio, 2021), alerta del legado del COVID-19 en la población infanto-juvenil española. Concretamente, informan que se duplican los casos de urgencias psiquiátricas infantiles, los trastornos de conducta alimentaria que son cada vez más graves, los casos de ansiedad, trastornos obsesivos, depresión y las autolesiones e intentos de suicidio en adolescentes (AEP, 2021). Según expertos en Psiquiatría y Psicología Clínica de la Infancia y de la Adolescencia, 1 de cada 4 niños que han sufrido aislamiento por COVID-19 presenta síntomas depresivos y/o de ansiedad (UNICEF, 2020a). También destacan un aumento de la violencia sobre los menores, el maltrato y los abusos en el seno familiar (entre las llamadas atendidas en marzo de 2020 por la Fundación ANAR [Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo] el 36% estuvieron relacionadas con violencia hacia un menor, incrementándose hasta un 52% en junio de 2020, siendo la principal causa de violencia física dentro de la unidad familiar), así como un incremento importante del consumo de pantallas en niños, niñas y jóvenes (Ruiz, 2020; Fundación ANAR, 2020).

3. Infancia y adolescencia con problemas de salud mental y vulnerabilidad social

En España, según el Observatorio de la Infancia, el número de niños, niñas y adolescentes atendidos por el sistema público de protección a la infancia en 2020 fue de 49.171, encontrándose 16.991 en régimen de acogimiento residencial a 31 de diciembre de 2020 (Observatorio de la Infancia, 2020). Estos niños están a cargo de la Administración y de las entidades colaboradoras que gestionan más del 80% de estos hogares.



Aunque existe poca información disponible en relación con las consecuencias del confinamiento en infancia y adolescencia de los centros del sistema de protección, sí se han descrito algunas situaciones que tuvieron que afrontar principalmente los cuidadores y que están relacionadas con esta situación excepcional, factores que han podido condicionar la capacidad de respuesta de estos niños, niñas y adolescentes de especial vulnerabilidad (UNICEF, 2020b).

Los centros de protección de menores han tenido que hacer frente a:

- Reorganización de recursos humanos debido a las bajas por COVID-19 para garantizar la atención individualizada que esta población requiere.
- Falta de formación sobre protección frente a COVID-19. Muchos centros no disponían de espacio suficiente para garantizar el aislamiento de los casos positivos para COVID-19.
- Escasez de material de protección debido a la elevada demanda surgida a raíz de la pandemia mundial.
- Miedo al contagio.
- Dificultad para acceder a internet o falta de dispositivos electrónicos de forma inmediata para garantizar una enseñanza a distancia, con la consiguiente pérdida de oportunidades a nivel académico.
- Supresión de las visitas familiares, aumentando el estrés por la preocupación sobre la salud de las familias.
- Incertidumbre sobre cuánto duraría el estado de alarma dando lugar a un estrés añadido.
- Suspensión de actividad presencial en las escuelas. Limitación para atender las necesidades educativas especiales de algunos de los alumnos (ausencia de personal docente en los centros residenciales, falta de material específico para necesidades educativas especiales...).
- Supresión de actividades de ocio y deportivas extraescolares que implicó falta de oportunidades de socialización y necesidad de adaptarse a las limitaciones propias de cada espacio.



Asimismo, el sistema de protección de menores es especialmente vulnerable en relación a problemas emocionales, siendo importante señalar que más del 26% de esta población recibe atención especializada en salud mental.

En Cataluña existe una unidad especializada en atención educativa-residencial-terapéutica que atiende infancia y adolescencia tutelada por la Administración con diagnóstico de trastorno mental de elevada complejidad, entendiendo la complejidad como la confluencia de factores biológicos, psicológicos, sociales, familiares y ambientales que entorpecen la evolución del proceso terapéutico. La Unidad Terapéutica Educativa Residencial Acompaña'm (UTER), del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, se centra en la atención de este colectivo especialmente vulnerable y en riesgo de exclusión social, disponiendo de 23 plazas para infancia tutelada.

La pandemia de la COVID-19 supuso un reto organizativo a nivel logístico y humano para mantener la atención integral y global que reciben estos niños/as y adolescentes. Las principales acciones llevadas a cabo se centraron en:

- Reorganizar las actividades de la vida diaria manteniendo la escolarización de forma telemática con soporte de equipo educativo, con el fin de mantener las rutinas del día a día.
- Facilitar la conexión con el exterior mediante la implementación de video llamadas con familias.
- Garantizar y mantener las actividades lúdicas y deportivas dentro de la unidad.
- Reservar un espacio limitado para el uso de pantallas evitando la sobreexposición a tecnologías.
- Aportar información veraz y realista, no alarmista, sobre la situación de confinamiento y alarma social, así como sobre el COVID-19 y adaptarla a las necesidades cognitivas y madurativas de cada persona.
- Fomentar actividades grupales dirigidas y orientadas a consolidar el sentimiento de pertenencia al grupo, incidiendo especialmente en la participación activa de los adolescentes en la reorganización de las actividades de la unidad.



- Desarrollar estrategias de afrontamiento y resolución de problemas.
- Asegurar y aumentar actividades relajantes, recreativas y de bienestar físico adaptadas a cada necesidad.
- Crear esperanza mediante mensajes positivos y realistas, ayudando a la elaboración de las ansiedades propias de la situación excepcional de la COVID-19.

Durante el confinamiento se llevó a cabo un seguimiento de posibles repercusiones negativas en la salud física y mental de los jóvenes, niños y niñas que residían en la UTER Acompaña'm. Se corroboró que se mantuvo la actividad física, los patrones de sueño regulares y unos adecuados hábitos de la vida diaria básica e instrumentales. No se llevó a cabo un uso mayor de dispositivos electrónicos, sino que éste se integró dentro de las actividades recomendadas en una etapa de reducción casi total de la interacción social y familiar, asimismo no se produjeron incidencias en relación con el uso inadecuado de las redes sociales. En relación con la ansiedad y el estrés, así como las conductas autolesivas e ideación suicida que se ha visto aumentada en la población general infanto-juvenil, no se detectaron incrementos en la prevalencia de estas conductas, ni se dieron descompensaciones clínicas de la patología de base de cada persona. De igual modo, los conflictos de convivencia y relación interpersonal disminuyeron desde el 23% (datos pre pandemia) al 5%³. La interacción familiar de los progenitores de los niños, niñas y adolescentes ingresados destacó por la activación de recursos orientados a favorecer la adaptación a la situación de confinamiento, favorecido por la facilitación de video llamadas más frecuentes y con mayor soporte por parte del equipo clínico en relación a indicaciones y orientaciones sobre el abordaje y afrontamiento de esta situación. En relación con la atención psicoterapéutica se mantuvo de forma presencial en todo momento, creándose grupos presenciales y telemáticos a fin de mantener la disponibilidad de profesionales clínicos y sanitarios en todo momento.

Aunque los niños y niñas presentan una mayor capacidad de adaptación a situaciones novedosas en comparación con los adultos, cabe destacar que esta resiliencia se construye a lo largo de la infancia, siempre en el contexto de rutinas y

³ Fuente: registro de incidencias interno de la unidad.



apoyo de la red social que se vieron significativamente alterados durante la pandemia por COVID-19. El confinamiento puso a prueba la capacidad de resiliencia del personal sanitario o cuidador de otras personas en situación de vulnerabilidad. Las estrategias de parentalidad y crianza positiva fueron especialmente potenciadas. La ausencia de comunicación centrada en las emociones genera ansiedad en los niños respecto al estado emocional de los adultos que los rodean. En este sentido, se fomentó una comunicación positiva que asegurara la expresión de sentimientos (miedo, agobio, angustia...), repercutiendo este hecho en el desarrollo de estrategias de afrontamiento adaptativas (frente a las no adaptativas tales como la evitación, la negación de emociones o la expresión mediante la rabia del malestar y el miedo) (Paricio, 2020), (Tizón, 2018).

4. Conclusiones

La población atendida en la Unidad Terapéutica Educativa Residencial Acompaña'm, donde se realizó una rápida reorganización de todo el sistema de atención clínico, social, familiar y educativo, se vio afectada en diferente medida respecto a la población general infanto-juvenil durante el confinamiento secundario a la pandemia por COVID-19, no presentando un aumento de los problemas de salud mental. Los factores protectores identificados fueron: garantizar la presencia de personal asistencial en todas sus disciplinas, mantener contacto telemático entre los niños, niñas y adolescentes y sus familias, fomentar la mentalización de la situación de temor, angustia y malestar secundaria a la pandemia, garantizar y mantener hábitos de vida saludable y una estructura diaria de rutinas lúdicas, académicas y deportivas.

La reorganización del equipo multidisciplinar en "equipos espejo" que realizaban su labor de forma telemática y tenían disponibilidad ante cualquier evento inesperado o necesidad de cobertura por contagio de compañeros permitió no sólo garantizar la asistencia a los niños, niñas y adolescentes sino ofrecer una red de apoyo emocional y personal entre los diferentes profesionales. El equipo también desarrolló mayor adaptabilidad hacia las contingencias, desempeñando roles y competencias no exclusivas de su formación, todo orientado a mantener el bienestar



y el cuidado de las personas, primando en el fondo las necesidades de atención y apoyo frente a las propias de la competencia profesional. Se pone de manifiesto la importancia de las interacciones humanas basadas en la solidaridad que permiten la creación de un entorno seguro y protector.

Bibliografía

- Ausín, B., González-Sanguino, C., Castellanos, M. A., López-Gómez, A., Saiz, J. y Ugidos, C. (2020). Estudio del impacto psicológico derivado del covid-19 en la población española (psi-covid-19). Universidad Complutense de Madrid; Grupo 5. *Disponible en línea:* <https://www.ucm.es/file/estudio-grupo5-univ-complutense-observatorio-impacto-psicologico-covid19-psi-covid-19>
- Buitrago, F., Ciurana, R., Fernández, MC. y Tizón, JL. (2020). Salud Mental en epidemias: Una perspectiva desde la Atención Primaria a la Salud Española. Grupo de Salud Mental del PAPPS. *Disponible en línea:* <https://drive.google.com/file/d/1C54bARLDhIS5ox5NfkKDjJpg0c-mChA/view>
- Buitrago, F., Ciurana, R., Fernández, MC., Tizón, JL. (2020). Pandemia de la COVID-19 y salud mental: reflexiones iniciales desde la atención primaria de salud española. *Aten Primaria*,53(1):89-101. *Disponible en línea:* <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656720301876#bib0145>
- Cuaderno FAROS. El coronavirus en el trastorno del espectro del autismo (TEA): repercusiones y recomendaciones (2020). Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona. *Disponible en línea:* <https://faros.hsjdbcn.org/es/articulo/coronavirus-trastorno-espectro-autismo-tea-repercusiones-recomendaciones>
- Cuaderno FAROS 12. Una mirada a la salud mental de los adolescentes. Claves para comprenderlos y acompañarlos (2021). Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona. *Disponible en línea:* <https://faros.hsjdbcn.org/es/cuaderno-faro/mirada-salud-mental-adolescentes-claves-comprenderlos-acompanarlos>



- Fundación ANAR. Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo [Internet]. 2020. *Disponible en línea:* <https://www.anar.org/fundacion-anar-preve-76-ninos-adolescentes-contacto-anar-durante-confinamiento-problemas-psicologicos-desescalada/>
- Los pediatras advierten de una “pandemia” de problemas de salud mental en la población infanto-juvenil y urgen un plan de prevención y respuesta (2021). II Congreso Digital de la AEP. *Disponible en línea:* https://www.aeped.es/sites/default/files/20210602_ndp_salud_mental_covid-19.pdf
- Observatorio de la Infancia. Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia. Boletín número 23. Datos de 2020. *Disponible en línea:* https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/7678_d_Boletin_Proteccion_23_Provisional.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2020). Los servicios de salud mental se están viendo perturbados por la COVID-19 en la mayoría de los países, según un estudio de la OMS. Organización Mundial de la Salud. *Disponible en línea:* <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>
- Panksepp, J. y Biven, L. (2012). *The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). Nueva York: Norton Company. ISBN-13: 978-0393705317.
- Paricio, R., Pando, MF. (2020). Salud mental infanto-juvenil y pandemia de COVID-19 en España: cuestiones y retos. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*. Volumen 37, número 2, pp. 30-44. *Disponible en línea:* <https://doi.org/10.31766/revpsij.v37n2a4>
- Ruiz, B., Gómez, D. y Rodríguez, A. (2020). Los derechos de la infancia durante el confinamiento. Escuela Andaluza de Salud Pública, Consejería de Salud y familias. *Disponible en línea:* <https://www.easp.es/web/coronavirusysaludpublica/los-derechos-de-la-infancia-durante-el-confinamiento/>



- Salud emocional y conducta: impacto de la pandemia (2020). Estudio EmCoVID, Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona. *Disponible en línea:* <https://www.sjdhospitalbarcelona.org/es/estudio-emcovid19-analiza-impacto-pandemia-las-emociones-conducta-los-ninos>
- Salud mental y COVID-19. Un año de pandemia (2021). Confederación Salud Mental España. *Disponible en línea:* <https://consaludmental.org/sala-prensa/manifiesto-salud-mental-covid-19/>
- Simón, M., Navarro, D. (2020). Estudio de necesidades post covid-19 en personas con trastorno mental: estudio realizado en los servicios y centros de rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental de Grupo 5. Universidad Complutense de Madrid; Grupo 5. *Disponible en línea:* <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352021000200002>
- Tizón, J. L. (2018). Apuntes para una psicopatología basada en la relación: Vol. 1 Psicopatología general (Vol. 1). Herder Editorial.
- ——— (2020). La salud emocional en tiempos de pandemia. Herder Editorial. ISBN digital: 978-84-254-4606-1.
- UNICEF (2020a). Salud mental e infancia en el escenario de la COVID. Propuestas de UNICEF España. *Disponible en línea:* https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/7136_d_covid_19-saludmental-infancia.pdf
- UNICEF (2020b). Impacto de la crisis por COVID-19 sobre los niños y niñas más vulnerables. Reimaginar la reconstrucción en clave de derechos de infancia (2020). UNICEF España. *Disponible en línea:* https://cendocps.carm.es/documentacion/2020_Impacto_crisis_COVID19_ni%C3%B1os_vulnerables.pdf



CIUDADANÍA Y VULNERABILIDAD: NUEVAS GESTIONES DE LA COMPLEJIDAD PANDÉMICA DEL PROGRAMA “MENTS DESPERTES”

Grup SOM VIA

Resumen

En las últimas décadas, una parte considerable de los nuevos paradigmas en el ámbito de la salud mental intenta generar espacios sociales donde personas con diagnóstico participan de los programas de acción comunitaria. El objetivo es potenciar más allá del campo estrictamente terapéutico y nosológico, su autonomía y dignificación. Se percibe pues la importancia del retorno y la devolución de la palabra a la ciudadanía afectada.

Es aquí que el Grup SOM VIA contribuye: Los Protagonistas Ments Despertés bordean un discurso experto para afrontar la transformación de situaciones colectivas a través de la organización y la acción asociativa.

Palabras clave: ciudadanía, acción comunitaria, inclusión, historia de vida, protagonistas, vínculo y estigma.

1. Autoría compartida

Raquel Gonzalo, voluntaria en primera persona del Programa Ments Despertés.

Anna Esteve, voluntaria en primera persona del Programa Ments Despertés.

Marta Viaplana, gerencia Grup SOM VIA

Carmen Armengol, gerencia Grup SOM VIA

Sílvia García, responsable área de programas Grup SOM VIA

2. Comunicación

El programa Ments Despertés, coordinado por el Grup SOM VIA es la respuesta comunitaria a los problemas de salud mental. Sigue la metodología de historia de



vida y la narrativa de la salud mental donde los propios pacientes, protagonistas con diagnóstico, relatan su biografía.

Las protagonistas sugieren que haber tomado conciencia de su vulnerabilidad les ha permitido abrir los ojos a un mundo en el que sentían que no encajaban, pero llegó un día en el que, después de escucharse y dejarse sentir, les cambió la mirada y les ayudó a ver a otros que están como ellas.

A menudo asocian la vulnerabilidad a no ser débiles y a haber sido heridas (“no soy débil porque tarde o temprano me levanto de esta opresión”). La vulnerabilidad es la lucha de las mismas personas para dar a conocer la existencia del sufrimiento psíquico. Del malestar que denominan enfermedad mental, trastorno o sufrimiento emocional.

Desde la experiencia de los voluntarios, protagonistas del Programa Ments Despertes, podemos hablar del modelo de ciudadanía del Grup SOM VIA que está relacionada con el sentido de pertenencia como acción, no solo como estatus. De esta manera, en el programa introducimos nuevos registros en la comprensión del sufrimiento y la vulnerabilidad, narradas por la experiencia, como la de Anna y Raquel. Es dar sentido, comunicar y establecer vínculo con el potencial que aporta la gestión de la vulnerabilidad.

Algunos de los beneficios del programa para la creación de una ciudadanía comprometida en temas de salud mental:

En Ments Despertes, los voluntarios en primera persona cogen sus debilidades comunes y, como equipo, les dan la vuelta para conseguir tirar del carro. Se puede salir sin compañía, pero ¿por qué pasar por algo solas cuando juntos es menos doloroso para todas las partes? Consideran que el autoconocimiento es la base de la recuperación, y con las sesiones de trabajo que son parte de la terapéutica del programa, consiguen conocerse más. Luego en las ponencias, narran su realidad delante de personas que muchas veces ni siquiera han oído hablar antes de salud mental, y allí es cuando se dan cuenta de que lo que están haciendo, no solo les sirve a ellos, sino que es como hablarle a su yo de 15 años, cuando aún no sabía por todo lo que iba a pasar, y se reconcilian con su otro yo adolescente, a la vez que ayudan a esas personitas a entender lo que es la vida.

Y este programa pone en valor la experiencia de unas personas que han sufrido



o sufren en la vida cotidiana. Van libremente a las aulas y se exponen ante unas personas jóvenes y con la finalidad comprometida de ayudar a partir de su experiencia. Y llegar hasta aquí no es sencillo.

Consideran que hay que ir desgranando despacio sus vidas vividas, a través de preguntas formuladas desde el Programa Ments Despertes. Esto comporta momentos de gran emoción, a veces se ven muy vulnerables y tienen que pasar de puntillas por ciertos momentos de su existencia. Pero en otras ocasiones, les revitaliza y les ayuda a conocerse mejor y a mejorar su salud mental y emocional.

Vidas que hace unos años no tenían valor. Ahora, gracias, en el Programa Ments Despertes aportan y comparten parte de ellos.

Esta narrativa consigue que las personas con diagnóstico del Programa y formadas como ponentes se conviertan en agentes de cambio en un contexto donde normalmente suelen estar excluidos: el contexto educativo. Es aquí donde se desplaza la idea de enfermo mental como sujeto pasivo, solo como receptor, para empoderarlo y hacerlo protagonista con voz. Es un espacio donde se produce la ruptura con el estigma y empieza el crecimiento personal y el autoconcepto.

Bibliografía

- Pié, A. (coord.), Correa-Urquiza, M. i Martínez, Á. (2021). *Soltar amarras*. Barcelona: Editorial UOC.
- Grup SOM VIA (2019). Dossier del Programa Ments Despertes (2019).



COMPETENCIA Y CUIDADO: EL RETO

Sergio Ramos

Bernabé Robles

Resumen

Cuidar a las personas puede significar acompañar, escuchar y respetar, pero también proteger sus propios intereses. En salud mental, ambos enfoques pueden ser relevantes ante ciertas circunstancias, principalmente debido a si el paciente tiene o no competencia. Los principios éticos de autonomía, beneficencia, no-maleficencia, bienestar, vulnerabilidad y dignidad resultan fundamentales en la valoración de la competencia como predictores de qué tipo de enfoque (paternalista o autonomista) debemos aplicar. En este sentido, hay que analizar los aspectos, tanto del paciente como de los profesionales, que nos den pistas sobre orientarnos por un modelo u otro.

Palabras clave: cuidado, salud mental, competencia, paternalismo, principios éticos.

1. El cuidado: entre el empoderamiento y el paternalismo

El cuidado es un acto natural que tiende a la ayuda hacia el otro necesitado. En esencia, entre humanos significa una preocupación por la otra persona que es vulnerable y dependiente. En ese contexto aflora una relación interpersonal en la que quien necesita de ayuda interpela a ser cuidado, de la cual emana un deber ético de ayuda por parte del cuidador.

El concepto de cuidado tiene una larga trayectoria y es bastante amplio (Busquets, 2019). Es cierto que el cuidado reclama la necesidad de protección, ayuda y atención hacia la vulnerabilidad. Y esto se debe a que somos seres relacionales y que necesitamos constantemente la ayuda del otro. El auténtico



cuidado ha de consistir en acompañar, escuchar y respetar. Y ese respeto se debe al valor intrínseco que conlleva el reconocimiento de que todos somos iguales en dignidad y derechos, y más si tenemos en cuenta nuestra vulnerabilidad intrínseca, la cual incita a la necesidad constante de cuidados (Camps, 2022).

Cuidar es una actitud compasiva y empática. Requiere el conocimiento y reconocimiento de los valores y deseos del otro. En este sentido, hay que hacer un ejercicio hermenéutico para interpretar e integrar todas esas facetas en el contexto de su proyecto de vida. Por este motivo, hay que dejar aflorar en la toma de decisiones la opinión de la persona y por qué lo desea. Para que pueda empoderarse y llevar a cabo decisiones responsables hay que informar propiamente en cantidad y calidad suficiente.

Ahora bien, cuidar también puede tener una faceta paternalista y consiste en proteger a la persona (en ocasiones en contra de su voluntad) porque no puede decidir por sí misma, porque no tiene conciencia de enfermedad, porque no es capaz de autorrepresentarse y defender sus intereses en ese momento, etc. También incluso cuidarle significa evitar que esté bajo influencias indebidas, manipulaciones o coacciones.

Por lo tanto, la tarea de cuidar, tanto desde la mirada de respeto por la autonomía como la del enfoque paternalista, adquiere cierta relevancia en el ámbito de la salud mental.

2. Principios éticos rectores en la valoración de la competencia

En el ámbito sanitario, cuidar a las personas y acompañarlas para que puedan ejercer debidamente su proyecto de vida parece ser una obligación ética de todos los profesionales sociosanitarios. Parece sensato partir del fundamento ético de que las personas han de ser tratadas como seres autónomos. Una persona autónoma sería aquella que es capaz de deliberar sobre cursos de acción en base a unos valores, preferencias, intereses... que considera importantes, actuando finalmente en base a ello.

Esta faceta del cuidado significa, entre otras cosas, acompañarlas en su proyecto de vida, empoderarlas e intentar que puedan ejercer su autonomía de



manera responsable. Empoderar al paciente en la toma de decisiones implica darle herramientas necesarias para que gestione su vida. Para ejercer su autonomía lo ideal sería que hubiera cierta coherencia entre su modo de enfocar la vida con aquello que solicita. La decisión que adopte debería ser coherente con su forma de ser, vivir y enfocar su proyecto de vida. Dicha petición ha de ser más o menos estable en el tiempo y reflejo de este proceso racional. Huelga decir que su decisión no ha de estar condicionada ni coaccionada por terceras personas. Por tanto, una persona es autónoma si es capaz de deliberar sobre las acciones a la luz de sus valores, preferencias, etc., tomando una decisión acorde a esta deliberación y actuar acorde a ello.

Y para ello previamente deberíamos cerciorarnos de que dispone de toda la información disponible sobre su situación, sus posibles tratamientos y los inconvenientes que éstos le puedan ocasionar, recursos de apoyo que se le pueden ofrecer, etc.

En la valoración y ponderación de los riesgos y beneficios que se puedan extraer con la aplicación de su autonomía en la toma de decisiones, deberíamos tener presente el bienestar que proporciona dichas acciones. El término bienestar puede tener una gran variedad de enfoques e interpretaciones (De Gracia & Millun, 2021, pp. 214-247). Por ejemplo, las teorías subjetivas sobre el bienestar lo definen en términos de estados mentales. Así, el hedonismo identifica este concepto con felicidad, de modo que una respuesta natural a qué es placer es simplemente la experiencia de sentir un bien. Ese placer es bueno porque alguien lo desea, lo prefiere o simplemente lo quiere. Otra mirada de este enfoque es aquel en el que la persona siente satisfacción cuando cumple sus propios deseos actuales; sin embargo, hay que reconocer que por el mero hecho de satisfacer un deseo esto no significa *per se* contribuir al bienestar. Por eso, quizás sería pertinente enfocarse en satisfacer deseos racionales o informados.

Por otro lado, las teorías objetivas sobre el bienestar incluyen bienes como por ejemplo vivir autónomamente, tener buenas relaciones interpersonales, poseer un buen estado físico y mental, etc. Todos estos aspectos podrían contribuir a la idea de qué es lo que las personas sienten cuando tienen bienestar y satisfacción.



Por todo ello, sostenemos que el bienestar tiene ambos enfoques. Por un lado, está relacionado con el juicio subjetivo que hace cada individuo sobre su propia experiencia de vida. Esto significa que *a priori* son las propias personas quienes determinan qué aspectos objetivos son valiosos; sin embargo, habrá que poner cierta cautela en aquellas que tengan dificultades para tomar sus propias decisiones (habrá que valorar, por tanto, su competencia). Y si son las personas quienes sustancialmente lo marcarán, habrá que ser flexibles con aquello que en realidad les proporciona bienestar, pues cada persona lo entiende a su modo con relación a sus valores, preferencias, principios, etc.

Así pues, el bienestar genera derechos y deberes. Derechos (morales) de los pacientes al reclamar una vida digna de ser llevada porque hay ciertas facetas de su vida que les generan el suficiente bienestar. Deberes para las profesionales de buscar el mayor beneficio, evitar daños para las personas y potenciar que los pacientes tengan un suficiente bienestar. Por lo tanto, respetar y fomentar que las personas puedan ejercer su derecho a la autonomía, una autonomía responsable y relacional (no meramente liberal y sin evaluar las consecuencias de sus acciones), viene a significar respetar su dignidad.

Ahora bien, ese cuidado hacia las personas para que puedan ejercer su autonomía, para acompañarlas en su proyecto de vida y para buscar el mayor bienestar posible, también genera una obligación de cuidado que puede ser paternalista.

Ahora bien, en dicho reclamo también se incorpora la necesidad de proteger a las personas que tienen una disminución de su autonomía, de modo que hay que, en ocasiones, protegerlas de sus propias decisiones o la de influencias externas. Las expresiones de voluntad en un momento dado no tienen necesariamente que reflejar la voluntad genuina y narrativa de la persona. Y esto puede ocurrir cuando la competencia está limitada.

Protegerle, en definitiva, para proporcionarle un bienestar, que no empeore su salud, que se busque una calidad de vida, etc. A fin de cuentas, en eso consiste el fomento de su bienestar, esto es, reivindicar la introducción de la óptica del paciente (el modo en el que concibe su calidad de vida, sus expectativas de futuro...) pero



también la de la responsabilidad ética que comporta el compromiso con la vulnerabilidad. Dicho compromiso requiere salvaguardar su integridad, su dignidad, etc., de posibles daños.

El concepto de daño tiene una connotación física, psicológica o moral. Uno puede ser dañado físicamente por un golpe, pero también puede serlo raíz de un maltrato psicológico, o incluso cuando no se respetan sus derechos fundamentales recibiendo entonces un daño moral. En este sentido, consideramos que hay un derecho a ser cuidado, pero también una obligación del profesional de cuidar a la persona.

¿Y por qué deberíamos intentar proteger, empoderar y/o ayudar a las personas con problemas de salud mental? No es simplemente porque padecen una enfermedad mental, sino por el mero hecho de que todas las personas somos vulnerables en un sentido u otro y, en ciertas circunstancias, necesitamos y dependemos de los otros. La vulnerabilidad tiene un enfoque ontológico y otro circunstancial (Mergen y Akpınar, 2021). Por un lado, la vulnerabilidad es un atributo que compartimos todos los seres humanos, es inherente a la esencia humana y, por tanto, es permanente. Esto implica, necesariamente, de que todas las personas somos mortales y susceptibles a ser dañadas. Por otro lado, la vulnerabilidad también se puede agravar en relación con diversos factores: económicos (pobreza, desventajas económicas, etc.), socio-culturales (estigmas, discriminación, prejuicios...), políticos (guerras...), regionales (condiciones geográficas, variables demográficas...), relacionales (dependencia, paternalismo...), intelectuales (inteligencia, problemas neurológicos, etc.) y físicos (enfermedad, discapacidad, edad...).

Pues bien, el ser consciente de esta vulnerabilidad intrínseca hace que necesariamente hayamos de repensar este concepto y del modo en el que incide en las personas. El ser consciente de la vulnerabilidad del otro genera en el profesional socio-sanitario la obligación ética de respetar, ayudar y/o proteger a los pacientes para que puedan tener una vida digna de ser llevada y de que satisfagan su bienestar. Y un buen modo de entender hasta dónde hay que entrometerse en la vida de las



personas o dejarlas autónomamente que decidan, es valorando la competencia para tomar decisiones.

3. Competencia y capacidad

Hay que partir de la premisa de que las personas mayores de edad tienen la capacidad jurídica para ser titular de derechos y obligaciones (capacidad legal) y de ejercer esos derechos y obligaciones (legitimación para actuar).

En el ámbito sanitario, para que tenga la oportunidad de ejercer correctamente este derecho, deberíamos revisar que el paciente disponga de información en cantidad y calidad suficiente sobre su enfermedad, sus posibles tratamientos y los inconvenientes que éstos le puedan ocasionar. La decisión que adopte ha de ser coherente con su forma de ser, vivir y enfocar su proyecto de vida. Huelga decir que su decisión no ha de estar condicionada ni coaccionada por terceras personas. Al referirnos a la competencia para tomar una decisión hacemos alusión:

[al] 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 habilidades psicológicas necesarias para garantizar que su decisión es expresión de un grado suficiente de autonomía personal. (Simón, p. 337)

La decisión que se toma ha de estar argumentada y razonada, ser razonable y coherente con los valores y proyecto de vida de la persona.

Partir de la premisa de que las personas con enfermedades mentales no pueden decidir debido a su enfermedad es estigmatizante y discriminatorio. Ahora bien, sí que podríamos detectar escenarios en los que sería preciso una valoración de la competencia para revisar que efectivamente sus decisiones están justificadas. En efecto, deberíamos valorar la competencia en los siguientes escenarios:

1. Cuando hay un cambio brusco del estado mental del paciente;
2. Si detectamos que hay dificultades en la comprensión y manejo de la información; cuando se trata de “menores maduros”;



3. En los casos en los que el profesional no entiende, honestamente, el motivo del rechazo al tratamiento del paciente; si el paciente acepta, fácilmente, una decisión de riesgo vital; o
4. Si modifica, bruscamente, una decisión aceptada anteriormente.

Junto a ello, es conveniente tener en consideración unas premisas básicas que orienten y guíen la evaluación de la competencia. Hay que partir, independientemente del diagnóstico, de la presunción de competencia, de modo que deberíamos revisar su competencia para una decisión específica, un contexto concreto y un momento determinado. No hay que olvidar que la competencia puede ser fluctuante en función de la sintomatología de la persona, del modo en el que incide la medicación, etc. En cualquier caso, el grado de competencia debe ser proporcional a la complejidad de la decisión.

Una cuestión relevante es que la competencia no la determina la decisión, sino las habilidades exigibles para tomarla. Rechazar una decisión porque va en contra de nuestros valores, es una incorrecta postura tanto desde un punto de vista ético como legal, pues en realidad no se está respetando el derecho a decidir.

Esta tarea valorativa nos tiene que permitir, por un lado, verificar cuáles son las carencias o dificultades que impiden que pueda decidir responsablemente la persona, e intentar ofrecer apoyos en este sentido. La finalidad es empoderarla, siendo algo propio del cuidado. Por otro lado, es útil para certificar que el paciente no puede decidir, aunque sea parcialmente, por sí mismo. El objetivo es protegerle. Esto también es cuidar a las personas.

Varios estudios sobre la competencia de las personas con problemas de salud mental (Vicens, et al., 2021; Calcedo, et al., 2020) llegan a la conclusión de que muchos de estos pacientes (incluso los que tienen trastornos mentales graves como la esquizofrenia o el trastorno bipolar) pueden decidir de manera responsable sobre su estado de salud. Por tanto, incluso desde un punto de vista científico, no es legítimo no permitir que los pacientes con enfermedades mentales no tengan el derecho a tomar decisiones relacionadas con su vida.



Hay una gran aceptación de que esta valoración versa sobre diversos criterios cognitivos: *comprensión, apreciación, razonamiento y elección de una decisión* (Appelbaum, 2007). El objetivo es detectar si la persona ha comprendido qué patología tiene, de qué tratamientos viables se dispone y cuáles son los riesgos y beneficios de éstos. Además, es preciso evaluar si aprecia cuál es la situación actual de su enfermedad y cuál es la finalidad del tratamiento propuesto. En definitiva, se desea estudiar el razonamiento que realiza la persona sobre la decisión. Y finalmente, si expresa una decisión. En esta valoración de la competencia se tienen que incorporar los valores, las preferencias, las motivaciones, etc. En suma, introducir la historia de vida de la persona para contextualizar. Se requiere, por tanto, un enfoque narrativo y hermenéutico que dé sentido al modo en el que se opta por una decisión u otra (Kong, 2017).

Ahora bien, no tendríamos que incurrir en la idea de que si el paciente no puede decidir por sí mismo es únicamente por un problema funcional. En ocasiones, la falta de competencia se debe a factores externos, ajenos al propio paciente. Por ejemplo, podría ser debido a la poca pericia o prejuicios del profesional sanitario al valorar la competencia, siendo más probable pues que se decante por que el paciente no es competente para decidir de modo responsable.

Otras veces, incluso, la discriminación podría producirse por la forma en la que se informa al paciente. Inundarle con información o proporcionársela de forma sesgada, no dejarle tiempo para que la procese, la entienda y la comprenda, y pedirle que decida de manera rápida y precipitada. Como consecuencia, probablemente el paciente no será competente debido a la persuasión, coacción o manipulación recibida.

Por eso, algunos autores (Taua et al., 2014) sugieren algunas estrategias comunicativas para conseguir empoderar al paciente en la toma de decisiones. Algunas de las tesis que proponen son las siguientes:

1. Comunicar sin prisas y con claridad, en un entorno tranquilo y sin interrupciones.
2. Revisar si ha tenido tiempo suficiente para entender y comprender la información.



3. Introducir conceptos y cuestiones de manera individual y gradual.
4. Adaptar lenguaje, canal y código a las características de la persona.
5. Proporcionar copia impresa o grabación, si es el caso de aquella información clave.
6. Utilizar no solo palabras, también dibujos u otros soportes (vídeo, audio, etc.).
7. Estimular las preguntas de la persona y verificar comprensión.
8. Verificar comprensión frecuentemente.
9. Utilizar intérpretes o mediadores interculturales si es necesario.

Y para poder integrar y respetar todos estos apartados, que a fin de cuentas intentan verificar si la persona es competente, conviene hacerse una serie de preguntas, de manera honesta:

1. ¿He proporcionado toda la información necesaria?
2. ¿La podría haber presentado mejor? ¿Cabe la posibilidad de proporcionar formatos alternativos? ¿Era el entorno el más apropiado para informarle?
3. ¿Hemos explorado completamente todos los métodos de comunicación?
4. ¿La situación y los apoyos garantizan la ausencia de coerción?
5. ¿He explicado y documentado todo el proceso de consentimiento informado?
6. ¿He dado tiempo para preguntar dudas?

En esta forma de valorar la competencia y de ir más allá de procedimientos administrativos a la hora de informar, resultan facetas diversas del concepto de cuidado. Por un lado, cuidar es una tarea de respeto y protección, por lo que una calmada y honesta valoración de la competencia puede resultar ser beneficiosa para proteger su proyecto de vida en general (salud, bienestar, integridad, etc.). Por otro, cuidar consiste en intentar empoderar a la persona y fomentar su autonomía, bienestar y dignidad.

Y, ciertamente, el potenciar la autonomía de las personas con trastornos mentales, favoreciendo la introducción de sus preferencias, deseos y voluntad es la base de algunos tratados sobre derechos humanos. Un buen ejemplo de ello es la



Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), la cual consideramos de vital importancia, pese a que discrepamos en algunas lecturas ideológicas y sin una deliberación previa que evalúe consistentemente otros bienes que puedan comprometerse.

4. Sobre la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

En 2006 las Naciones Unidas llevaron a cabo el proyecto sobre la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad entrando en vigor en 2008. Es probable que sea el primer tratado internacional sobre derechos humanos enfocado exclusivamente en personas con discapacidad (física, mental, intelectual o sensorial a largo plazo). En este texto se incorpora un gran dispositivo de derechos humanos, civiles, político-sociales, económicos y culturales. El objetivo es “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente”.

Aunque se trata de una legislación que mejora significativamente los derechos de estas personas y obliga a los Estados parte a su cumplimiento, la realidad muestra que el texto no ha sido lo suficientemente incorporado en las legislaciones de dichos Estados. En particular, la Convención observó que hay un malentendido en el alcance de las obligaciones referentes al artículo 12 sobre el *igual reconocimiento ante la ley*. Con este objetivo, el Comité realizó una *Observación General* concerniente al artículo 12 (y artículos vinculados), con fuertes comentarios en el ámbito de la salud mental. En esta *Observación* se clarifica y regula la toma de decisiones, ya que se insta a llevar a cabo un “cambio de paradigma” que pase del tradicional modelo de sustituciones a uno basado en el *sopORTE* para que sea la persona quien decida (Lawson, 2007; Dhanda, 2007).

Pues bien, reconocemos que muchas de las tesis anteriormente comentadas pueden entrar en contradicción con las interpretaciones que se pueden hacer tanto de la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*



(2006) como de la lectura que hace el *Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (2014).

Sin entrar en mucho detalle sobre algunos apartados con que discrepamos (Ramos, 2016 y 2017), podríamos exponer los siguientes aspectos:

1. Disentimos de la interpretación del *Comité* (art. 14 y 15) sobre la competencia. No consideramos que sea un criterio subjetivo, sino que no es menos objetivo que muchas otras valoraciones clínicas pese a que se puede medir con entrevistas, protocolos... Y esto es una cuestión en la que discrepamos, pues sí que hay hechos objetivos (cognitivos) y, aunque sí que puede depender en parte de un juicio subjetivo del clínico, hay muchas situaciones en las que hay evidencia de que la persona no puede decidir: demencias avanzadas, estados delirantes, etc. El *MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T)* (Grisso & Appelbaum, 1998) es un buen ejemplo ello.
2. Considerar que se aplica de manera discriminatoria hacia las personas con discapacidad es una mala interpretación, pues la valoración de la competencia se debería hacer para todas las personas y no solo hacia el colectivo con discapacidad.

Por otro lado, es cierto que deberíamos ir hacia modelos asistenciales que intenten fomentar la autonomía de las personas. Esto, a fin de cuentas, es la base de la actual legislación sanitaria de nuestro país (*Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de autonomía y documentación clínica*). Recientemente, la legislación la *Ley 8/2021, de 2 de junio*, ha introducido cambios importantes en materia de discapacidad. Esta ley tiene como objeto adecuar una parte del ordenamiento jurídico español a la Convención. En particular, se intenta hacer un cambio de paradigma en el que las decisiones por representación sean abandonadas en aras de relaciones más respetuosas con la autonomía de las personas:

Se impone así el cambio de un sistema como el hasta ahora vigente en nuestro ordenamiento jurídico, en el que predomina la sustitución en la toma de las decisiones que afectan a las personas con discapacidad, por otro basado en el respeto a la voluntad y las preferencias de la persona quien,



como regla general, será la encargada de tomar sus propias decisiones (Preámbulo).

En dicha legislación, se potencian distintas vías para que la persona pueda ejercer su autonomía en igualdad de condiciones que el resto de personas. En este sentido, se alude a la asistencia, la curatela (aunque en Catalunya está suprimida a raíz del *DECRET LLEI 19/2021, de 31 d'agost, pel qual s'adapta el Codi civil de Catalunya a la reforma del procediment de modificació judicial de la capacitat*), el defensor judicial y el guardador de hecho, entre otras.

Ciertamente, todas estas figuras son muy importantes en la toma de decisiones, pues pueden permitir que la personas puedan ejercer su autonomía, que puedan tomar decisiones sobre su propio cuerpo, etc. Es también positivo y notorio que se indique que dichas figuras de apoyo en ocasiones pueden ser necesarias debido a que ciertas características del paciente podrían poner dificultades para que pueda decidir de manera autónoma.

Ahora bien, también hay que reconocer que puede haber muchas dificultades, peligros e inconvenientes cuando se ejerce dicho apoyo. En determinados contextos, podría haber influencias indebidas por parte de quien proporciona estas ayudas.

Algunos estudios (Bigby et al., 2019; Craigie, 2021) han detectado que cuando se ejerce un apoyo hacia una persona, cabe la posibilidad de que no se intente fomentar y potenciar la autonomía, sino que surja más bien algún tipo de paternalismo (justificado o no) en aras de procurar el mejor bien para la persona, pero sin contar con su opinión. En este sentido, puede haber algún tipo de imposición de valores, de persuasión o de presión para que decida algún aspecto concreto que no necesariamente es lo que en realidad desearía. Esto, siguiendo con la terminología de la Convención, es lo que se conoce como influencia indebida.

Y también hay que reconocer que un sistema de apoyo, pese a que sea lo más transparente y honesto posible, no evita que no se preserve la autonomía de la persona por completo. A fin de cuentas, cuando se intenta ayudar a que una persona decida porque por sí misma no puede, es muy difícil mantener una neutralidad y objetividad sin exportar valores ni criterios de decisión propios (Lattie, 2021).



Pese a que estos aspectos podrían resultar un desafío para la introducción del espíritu de la Convención en el seno de la relación asistencial, esto no significa que no se haya de intentar que la persona (con o sin discapacidad) sea quien tome las riendas de su vida. Por eso, se debería intentar reflexionar honestamente sobre cómo se toman las decisiones cuando se introducen los apoyos, en base a qué se toman y valorar hasta qué punto todos los posibles apoyos pueden ser insuficientes para que se tome una decisión autónoma por parte de la persona. Cuidar, en este sentido, es asegurarnos de que su bienestar, su salud y su integridad no se vean afectados negativamente, razón por la cual puede ser legítimo un cuidado paternalista. Y esta dificultad incluso la incorpora la *Ley 8/2021, de 2 de junio* en el artículo 249 cuando sostiene que,

En casos excepcionales, cuando, pese a haberse hecho un esfuerzo considerable, no sea posible determinar la voluntad, deseos y preferencias de la persona, las medidas de apoyo podrán incluir funciones representativas. En este caso, en el ejercicio de esas funciones se deberá tener en cuenta la trayectoria vital de la persona con discapacidad, sus creencias y valores, así como los factores que ella hubiera tomado en consideración, con el fin de tomar la decisión que habría adoptado la persona en caso de no requerir representación.

Esto no significa necesariamente discriminación ni estigmatización. Cuidar a las personas también consiste en protegerlas de influencias indebidas, intentar que tomen decisiones responsables en la medida de lo posible (en ocasiones es preciso un enfoque paternalista para estabilizar capacidades) o de simplemente no abandonarlas en aras de una autonomía que en ocasiones no es posible. Es un requisito ético intentar que la ciudadanía tome sus decisiones en base a su voluntad, preferencias y deseos. Esto a fin de cuentas es el principio de autonomía. Ahora bien, cuidar también significa detectar carencias de las personas y repartir responsabilidades para protegerlas de sí mismas (siempre y cuando haya una justificación de peso que así lo acredite).

Y esto es lo que la STS 3276/2021 del Tribunal Supremo en 2021 consideró cuando abogó por la necesidad de curatela para una persona que sufría el Síndrome de Diógenes, sin conciencia de enfermedad que le imposibilitaba hacerse cargo de sí



mismo de forma responsable y por tanto pedir ayuda. Así lo recoge, expresamente, dicha sentencia:

En realidad, el art. 268 CC lo que prescribe es que en la provisión de apoyos judiciales hay que atender en todo caso a la voluntad, deseos y preferencias del afectado. El empleo del verbo «atender», seguido de «en todo caso», subraya que el juzgado no puede dejar de recabar y tener en cuenta (siempre y en la medida que sea posible) la voluntad de la persona con discapacidad destinataria de los apoyos, así como sus deseos y preferencias, pero no determina que haya que seguir siempre el dictado de la voluntad, deseos y preferencias manifestados por el afectado. El texto legal emplea un término polisémico que comprende, en lo que ahora interesa, un doble significado, el de «tener en cuenta o en consideración algo» y no solo el de «satisfacer un deseo, ruego o mandato». La voluntad contraria del interesado, como ocurre con frecuencia en algunos trastornos psíquicos y mentales, es consecuencia del propio trastorno que lleva asociado la falta de conciencia de enfermedad.

En conclusión, reconocemos que el texto de la CDPD es una oportunidad decisiva en materia de derechos humanos para potenciar la autonomía y dignidad de las personas con discapacidad. Ahora bien, una lectura estricta y sin una deliberación y ponderación previa, podría poner en peligro la integridad, el bienestar y la dignidad de las personas. Cuidar, como decíamos, tiene una connotación *positiva* para intentar empoderar. Pero también cuidar tiene una connotación *negativa* (con un trasfondo positivo, aunque paternalista) en tanto quiere proteger de influencias indebidas, así como de situaciones de incompetencia del paciente que para nada autorrepresentan su voluntad.

5. Conclusiones

La tarea de cuidar, tanto desde una mirada de respeto por la autonomía como la del enfoque paternalista, adquieren cierta relevancia en el ámbito de la salud mental. Ambas pueden ser legítimas dependiendo del contexto y el momento en el que se insertan. Una de las razones por las que nos podríamos decantar por un modelo u otro sería dependiendo de si la persona es o no competente para una tarea y momento determinado. La valoración de la competencia debería hacerse teniendo



en cuenta algunos principios (autonomía, beneficencia, no-maleficencia, bienestar, vulnerabilidad y dignidad) y justificar en qué medidas y de qué forma estos se ponderan. Además, un enfoque narrativo y hermenéutico proporcionaría la mirada personal del paciente a la hora de introducir sus valores, preferencias, etc., y el modo en el que se insertan en su proyecto de vida. Y si pese a todos los apoyos y salvaguardas ofrecidos finalmente se considera que no puede actuar de manera autónoma y se pone en peligro sus propios intereses, un enfoque paternalista debería ser introducido para proteger al vulnerable.

Bibliografía

- Bigby, Ch., Whiteside, M., & Douglas, J. (2019). Providing support for decision making to adults with intellectual disability: Perspectives of family members and workers in disability support services. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 44(4), 396-409.
- Busquets, M. (2019). Descubriendo la importancia ética del cuidado. *Folia humanística, Revista de Salud, Ciencias Sociales y Humanidades*, 12, 20-40.
- Calcedo, A., Fructuoso, A., Martínez, J., Paz, S., Sánchez, M., & Vicens E. (2020). A meta-review of literature reviews assessing the capacity of patients with severe mental disorders to make decisions about their healthcare. *BMC Psychiatry*, 20, 339. *Disponible en línea* : <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02756-0>
- Camps, V. (2021). *Tiempo de cuidados. Otra forma de estar en el mundo*. Barcelona: Arpa.
- Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación general Nº 1 (2014) Artículo 12: Igual reconocimiento como persona ante la ley. *Disponible en línea*: <http://www.convenciondiscapacidad.es/wp-content/uploads/2019/01/Observaci%C3%B3n-1-Art%C3%ADculo-12-Capacidad-jur%C3%ADdica.pdf>
- De Gracia, D., & Millun, J. (2021). *A Theory of Bioethics*. Cambridge: University Press.
- Craigie, J. (2021). Conceptualising 'Undue Influence' in Decision-Making Support for People with Mental Disabilities. *Med Law Rev*, Aug 9;29(1), 48-79.



- DECRET LLEI 19/2021, de 31 d'agost, pel qual s'adapta el Codi civil de Catalunya a la reforma del procediment de modificació judicial de la capacitat. Disponible en: <https://portaldogc.gencat.cat/utillsEADOP/PDF/8493/1868923.pdf>
- Dhanda A. (2007). Legal Capacity in the Disability Rights Convention: Stranglehold of the Past or Lodestar for the Future? *Syracuse Journal of International Law and Commerce*, 34, 429-462.
- Grisso, T., & Appelbaum, P. (1998). *Assessing competence to consent to treatment: a guide for physicians and other health professionals*. New York: Oxford University Press.
- Lattie, E. (2021). Care Managers and Role Ambiguity: The Challenges of Supporting the Mental Health Needs of Patients with Chronic Conditions. *Computer Supported Cooperative Work (CSCW)*, 30(1), 34.
- Lawson A. (2007). The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: New Era or False Dawn? *Journal of International Law and Commerce*, 34, 563-620.
- Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. Disponible en línea: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-9233>
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de autonomía y documentación clínica. Disponible en línea: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188>
- Mergen., M., & Akpınar, A. (2021). Vulnerability: An integrative bioethics review and a proposed taxonomy. *Nurs Ethics*, 28(5), 750-765. doi: 10.1177/0969733020976180.
- Naciones Unidas. *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Disponible en línea: <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Kong, C. (2017). *Mental Capacity in Relationship. Decision-Making, Dialogue, and Autonomy*. Cambridge: University Press.
- Ramos, S. (2017). Una visión más realista de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. *Acta Bioethica*, 23(1), 119-128



- Ramos, S. (2017). The Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Mental Health Law: a Critical Review. *ALTER. European Journal of Disability Research*, 10(4), 301–309.
- Simón, P. (2000). *El consentimiento informado*. Madrid: Triacastela.
- STS 3276/2021. Sala de lo Civil. Sentencia núm. 589/2021. *Disponible en línea:* <https://www.poderjudicial.es/search/TS/openDocument/b97d1970bf89055d/20210916>
- Taua, C, Christine, N. & Hepworth, J. (2014). Research participation by people with intellectual disability and mental health issues: An examination of the processes of consent. *International Journal of Mental Health Nursing*, 23, 513–524.
- Vicens, E., Calcedo, A., Hastings, J., Männikkö, M., & Silvia P. (2021). What Is the Capacity of Individuals with Schizophrenia and Bipolar Disorder to Make Healthcare Decisions? An Exploratory Study of the Views of Patients, Psychiatrists, and Family Caregivers—A Survey on Decisional Capacity in *Mental Health. Psychiatry Int.* 2, 127–144. *Disponible en línea:* <https://doi.org/10.3390/psychiatryint2020010>.



OLVIDAR A PETER PAN. NOTAS SOBRE EL INFANTILISMO, A PARTIR DE UNOS POCOS ESCRITOS DE RAMÓN GAYA

Antonio Castilla Cerezo

Resumen

Asumiendo que durante su infancia el ser humano desea madurar, se entiende que solo en edades posteriores pueda ocurrírsele rechazar la maduración. Por el contrario, quien está verdaderamente en contacto con su propia vulnerabilidad no pretende ni negarla ni hacer ostentación de ella, sino que aspira a encontrar los medios para fortalecerse. El propósito de esta ponencia es examinar dichos medios revisando las aportaciones de cierto número de autores que se han ocupado desde perspectivas diversas de los problemas vinculados al infantilismo y/o al “síndrome de Peter Pan”.

Palabras clave: Infantilismo; síndrome de Peter Pan; Ramón Gaya; Dan Kiley; Michel Foucault

1. Introducción

El título de esta comunicación alude explícitamente a un célebre personaje literario que, aunque creado por James M. Barrie en los primeros años del siglo XX⁴, constituye en realidad una suerte de adaptación moderna del antiguo tópico del *puer aeternus* –al que, en psicología, atendió por primera vez Carl Jung (véase Jung, 2002, pp. 139-168) y luego, más extensamente, Marie-Louise von Franz (véase Von Franz, 2006)–. Con todo, dicho título remite también, por su forma, al de un conocido ensayo de Jean Baudrillard en el que este autor francés invitó a sus lectores a olvidar a Michel Foucault. Para aclarar qué relación se intentará establecer a continuación entre Foucault y Peter Pan comenzaremos recordando que en lo que cabría

⁴ Téngase presente que, aunque la novela que hizo famoso a este personaje fue publicada por vez primera 1911, Peter Pan aparece en la obra de Barrie desde 1902, año en el que intervino en varios capítulos de *The Little White Bird*.



denominar «la psicología popular» el nombre del personaje de Barrie se halla indisolublemente vinculado a un síndrome que, a su vez, da título a un ensayo de Dan Kiley que a comienzos de la década de los ochenta del siglo pasado se convirtió en todo un *best-seller*. Este síndrome tiene en común con otros que, en un sentido u otro, lo complementan –como el «síndrome de Cenicienta», al que Colette Dowling consagró otro famoso estudio en 1981 (véase Dowling, 1992), o el «síndrome de Wendy», que no ha sido todavía objeto de un análisis tan pormenorizado– el hecho de que todos ellos remiten al problema de la madurez, o mejor, de la dificultad de asumir el propio crecimiento físico y, sobre todo, mental. En relación a este asunto, Kiley ha escrito que el síndrome de Peter Pan –y, por lo mismo, cualquiera de sus complementarios– “No es peligroso para la vida, así que no es una enfermedad. Pero pone en peligro la salud mental de una persona, así que es algo más que un inconveniente” (Kiley, 1983, p. XV). Ni salud, ni enfermedad, todo síndrome es, nuevamente según Kiley, “una colección de síntomas que es expresada por algún tipo de patrón social” (ibid.), de manera que supone una evaluación de las conductas que tiene su fundamento en los presupuestos de una configuración social. Queda apuntada así la línea que, más adelante, nos llevará a atender a ciertos planteamientos propuestos por Michel Foucault.

De otra parte, el subtítulo que hemos escogido para estas pocas páginas alude de un modo igualmente explícito a Ramón Gaya, lo que puede resultar extraño, ya que no es en absoluto obvia la relación entre la obra de este pintor murciano y el orden de cuestiones al que acabamos de aludir. Esa extrañeza tal vez se mitigue un poco si consideramos que en la obra escrita de Gaya aparece en varias ocasiones la palabra «madurez» como motivo en torno al cual se articulan una serie de reflexiones de las que en lo sucesivo intentaremos retener tan solo el núcleo. Uno de esos pensamientos, que nos parece particularmente importante, se encuentra en un texto de 1976 titulado “Tropiezo y contrariedad de la belleza (*Tramonto Romano*)”. En él, tras criticar a los estetas por intentar una Perfección Ideal de la Belleza ante la que caen rendidos, lo que le parece signo de infantilismo, afirma Gaya que “el infantilismo es una enfermedad, una viciosidad que padecen algunos adultos, jamás la infancia misma, que tiende siempre a ser, y es desde sus primeros pasos, maduración” (Gaya, 2010, p. 385). Tenemos, pues, dos actitudes fundamentales en



lo que a la relación entre los términos «infantilismo» y «enfermedad» se refiere. Según la primera de ellas, defendida por Dan Kiley entre otros⁵, el infantilismo no es una enfermedad; al contrario, para la segunda de esas posiciones, que hemos visto ejemplificada en unas líneas de Ramón Gaya, el adulto infantilizado es un enfermo. Estas dos posturas constituyen sendos polos entre los que intentaremos insertar un puñado de observaciones a lo largo de la presente intervención.

2. De la enfermedad al síndrome

En la última clase del curso que Michel Foucault impartió bajo el título “Los anormales” entre 1974 y 1975 en el Collège de France, este autor advirtió el contraste entre los discursos teóricos proferidos en relación a dos casos psiquiátricos durante el siglo XIX. El primero de esos casos es el de Henriette Cornier, criada que en 1826 decapitó a un niño, y que fue por ello objeto de estudio de la medicina de los alienistas (esto es, de la escuela de Jean-Étienne Dominique Esquirol), la cual quiso explicar el crimen de Cornier buscando su origen en pasiones desequilibradas o, lo que es igual, en un exceso del instinto en la asesina. El otro caso fue el de Charles Jouy, quien en 1867 violó a una niña, acto para el que la medicina de su tiempo no encontró la causa en un exceso de pasión, sino en una falta de racionalidad, de contención, etc. al que denominó <<infantilismo>>. Desde entonces ese término ha quedado asociado a una falta, por entenderse que al individuo infantil le *falta* madurar, o sea, completar una o varias de las fases de su desarrollo psíquico.

Tomando como base la confrontación entre los dos casos recién citados, Foucault afirma, para empezar, que la psiquiatría quiso durante la primera mitad del siglo XIX consolidarse como ciencia y, por consiguiente, como parte de la medicina, motivo por el que tuvo la necesidad de determinar sus objetos en términos de enfermedad, hallando en la detección de cierto exceso el camino más directo para ello; y, a continuación, que a mediados de ese mismo siglo la situación

⁵ Decimos aquí “entre otros” porque el DSM-5 tampoco incluye al infantilismo en su listado de enfermedades mentales.



de esta disciplina cambió radicalmente, pues por entonces no se planteó ya el problema de si la psiquiatría era o no científica, sino el de hasta qué punto podía tener un alcance social. Solo tras este desplazamiento, de nuevo a juicio de Foucault, el infantilismo pasó a ser relevante, por constituir el signo más visible del abandono del modelo patológico, es decir, de la sustitución de la enfermedad por la anormalidad como objeto del saber del psiquiatra. Foucault resume este cambio cuando, al examinar las implicaciones del caso Jouy, declara lo siguiente:

(...) la infancia y el infantilismo de la conducta ofrecen como objeto a la psiquiatría, ya no tanto y, quizás, ya no en absoluto una enfermedad o un proceso patológico, sino cierto estado que se va a caracterizar como de desequilibrio, es decir, un estado en el cual los elementos funcionan de un modo que, sin ser patológico, sin ser portador de morbidez, no es empero un modo normal. La emergencia de un instinto que en sí mismo no es enfermo, que en sí mismo es sano, pero que es anormal ver aparecer aquí y ahora, tan pronto o tan tarde, y con tan poco control (...): todo eso va a ser ahora el sistema de referencia, el dominio de objetos, en todo caso, cuyo relevamiento va a tratar de hacer la psiquiatría. Es un contratiempo, una conmoción de las estructuras, que aparecen en contraposición a un desarrollo normal y van a constituir el objeto general de la psiquiatría. Y sólo secundariamente en relación con esa anomalía fundamental, las enfermedades se van a presentar como una especie de epifenómenos con respecto a ese estado que es un estado anómalo.

Al convertirse en ciencia del infantilismo de las conductas y las estructuras, la psiquiatría puede llegar a ser la ciencia de las conductas normales y anormales. (Foucault, 2001, p. 280)

Si Foucault está en lo cierto, entonces fue como resultado del desplazamiento al que se refieren las líneas recién citadas que la psiquiatría pudo pasar desde mediados del XIX a evaluar conductas que no ponen en peligro la vida, pero que no son normales. Ahora bien, dado que lo anormal es siempre definido por criterios de carácter social, al hacer de la anormalidad su objeto primero la psiquiatría se redefinió por completo, configurándose desde entonces no ya como un medio para ayudar a cierto tipo de enfermos, sino como una vía para defender el orden social.



Si de la década de los sesenta del siglo XIX pasamos ahora a los últimos años de dicho siglo nos encontraremos, siempre según Foucault, con una nueva discontinuidad en la trayectoria histórica de la psiquiatría. Este pensador francés consideró que ese nuevo cambio podría describirse atendiendo a tres aspectos, de los que aquí nos interesa únicamente el primero, que puede describirse como sigue:

En primer lugar, organizar y describir no como síntomas de una enfermedad, sino simplemente como síndromes que en cierta forma valen por sí mismos, como síndromes de anomalías, como síndromes anormales, toda una serie de conductas aberrantes, desviadas, etcétera. Así, en la segunda mitad o el último tercio del siglo XIX, asistimos a lo que podríamos llamar la consolidación de las excentricidades como síntomas bien especificados, autónomos y reconocibles. Y el paisaje de la psiquiatría se anima así con todo un pueblo que es para ella, en ese momento, completamente nuevo: esa gente que no es portadora de síntomas de una enfermedad, sino de síndromes anormales en sí mismos, de excentricidades consolidadas como anomalías. (Foucault, 2001, pp. 282-283)

En este pasaje tenemos resumida la posición de Foucault respecto al surgimiento del concepto de «síndrome», en el que no ve ya el objeto de ninguna «psicología popular», sino la condición de posibilidad de la psiquiatría misma en tanto que causante de ciertos efectos, siendo el principal de estos el que “al atribuirse el poder de pasar por encima de la enfermedad (...) la psiquiatría se asigna el poder de no intentar ya curar” (Foucault, 2001, p. 288). En otras palabras: mientras que la psiquiatría de los inicios del siglo XIX admitía que era incapaz de curar muchas cosas, pero entendía que su función era curar, durante ese siglo tuvo lugar una transformación de la misma que culminó con el surgimiento de la noción de «síndrome», como resultado de lo cual “la psiquiatría va a poder atribuirse efectivamente una función que será nuevamente de protección y de orden. Se asigna un papel de defensa social generalizada (...)” (Foucault, 2001, p. 289).

La acusación que en estos fragmentos dirige Foucault contra la psiquiatría es grave, no únicamente porque describa a esta como un mecanismo de conservación del orden social existente –y, por lo tanto, como una herramienta contraria a todo verdadero cambio social–, sino porque la psiquiatría suele presentarse todavía hoy



como una disciplina meramente científica, ocultando o, por lo menos, disimulando sus implicaciones sociales. En cualquier caso, el conjunto de las observaciones que este autor francés reúne para sustentar la acusación recién citada nos proporciona un «fondo de época» que llega hasta los años inmediatamente anteriores a la creación de Peter Pan por parte de James M. Barrie (véase nota al pie 1). Ahora bien, llegados a este punto nos parece preciso plantear unas cuantas preguntas. Y es que ¿no tiene algo de artificiosa esta aproximación meramente histórica a la noción de «síndrome»? ¿Debemos aceptar que la decisión a propósito de si algo es o no patológico dependa de criterios puramente sociales? ¿O habrá también para ello una vía ligada a la observación de las transformaciones que tienen lugar en la configuración subjetiva de los individuos que experimentan determinados síntomas?

3. Por una madurez (y una juventud) verdadera(s)

Para intentar dar algún tipo de respuesta a las preguntas que acabamos de plantear, regresaremos a las líneas de Ramón Gaya citadas más arriba. Según estas, como se recordará, lo que el infantilismo tiene de enfermo o de vicioso –entendiendo por «vicio» todo aquello que nos perjudica aun cuando pueda proporcionarnos ocasionalmente algún placer– es el hecho de que quien lo padece quiere seguir siendo niño y, en consecuencia, no madurar, con lo que olvida que ser niño implica querer madurar. Así, quien cae en el infantilismo quiere simultáneamente una cosa (ser niño) y su contrario (no madurar y, por lo tanto, no ser niño), de manera que su voluntad resulta anulada o, por lo menos, notablemente coartada por la contradicción que la atraviesa. Una vez recordado esto, señalaremos que el texto de Gaya al que nos hemos referido es el penúltimo en el que este autor aludió a la madurez en su obra escrita, siendo su último escrito a este respecto la breve “Nota” que redactó en 1994 para encabezar la edición de su *Obra completa*. En ese párrafo dice este autor que en dicha edición no se ordenarán sus escritos cronológicamente, evitando así que al comienzo de los mismos se sitúen “los tanteos, los balbuceos de juventud” (Gaya, 2010, p. 25); en lugar de eso, se empezará “por los dos libros míos más firmes y maduros: *El sentimiento de la pintura y Velázquez, pájaro solitario*”



(ibid.). De la puesta en común de esos dos pasajes de dicha “Nota” puede inferirse, primero, que la madurez está vinculada a la firmeza –lo que resulta coherente con la afirmación de Gaya según la cual el infantilismo (o, lo que es igual, la falta de madurez) es una enfermedad, ya que «enfermedad» proviene del latín *infirmitas*, que literalmente significa «falta de firmeza»– y, segundo, que la juventud es algo contrapuesto a la madurez. Esta última conclusión no se corresponde, no obstante, con lo que Gaya escribió sobre este particular en otros puntos de su obra⁶ –como lo muestra, por ejemplo, el que al final de un texto de 1933 titulado “Visita al museo de arte moderno II (Escultura)”, refiriéndose al arte de vanguardia, declarase que este no es “la verdadera madurez ni la juventud verdadera” (Gaya, 2010, p. 674)–. Parece, entonces, que la juventud y la madurez resultan compatibles cuando son «verdaderas» e incompatibles cuando son «falsas»... lo que, por descontado, plantea la pregunta a propósito de cuándo puede hablarse verdaderamente de «juventud» y de «madurez».

Gaya introduce un elemento decisivo para dar respuesta a este último interrogante en un breve texto de 1942 sobre un libro de Juan Ramón Jiménez, hacia la mitad del cual escribe que en dicha obra este autor

todo lo dice y lo señala ya desde un mismo lugar fijo, que no es otro que su madurez, (...) porque ha logrado idéntica distancia entre él y cada una de las demás cosas o seres. Todo le importa igual y su actitud ante una flor o el aire es ya la misma que ante un pobre hombre o una poetisa cursilona; claro que sólo su actitud es igual, porque su emoción es, naturalmente, distinta. Y eso es la madurez. (...) Esa plenitud, esa totalidad, esa actitud única para todo, aunque las partes de este todo sean tan diversas (...). (Gaya, 2010, p. 274)

De este pasaje se sigue que ser maduro es tener la misma actitud hacia –pero no experimentar la misma emoción por–todo, y que conlleva una plenitud de nuestras facultades. Se entiende entonces que esta plenitud excluye la posibilidad de que una de esas facultades se haya desarrollado a costa de las restantes; en lugar

⁶ Además, no sería lógico que esta fuese la posición de Gaya sobre dicho asunto, si entendemos que el joven es el estadio intermedio entre el niño (que quiere madurar) y el adulto (que ya maduró), pues no tendría sentido que este autor se mostrase favorable a la madurez y contrario, en cambio, a una etapa del desarrollo individual indispensable para la consecución de la misma.



de eso, la madurez implica un desarrollo armonioso y, por lo mismo, coherente –o sea, no contradictorio, a diferencia de lo que vimos que ocurría en el individuo infantilizado– de las capacidades subjetivas.

Es así como Gaya nos ofrece una definición de la madurez, pero no todavía una explicación acerca de cómo puede esta ser alcanzada ni, en consecuencia, de qué relación mantiene exactamente con las etapas que la preceden en la evolución mental del individuo. Para entrever la posición de Gaya a este respecto es preciso atender a otros puntos de su obra escrita, el primero de los cuales es el fragmento de una conferencia titulada “Homenaje a Mariano Orgaz” que a continuación citamos:

(...) una obra respira cuando a pesar de su sabiduría o su torpeza (...) está sentida por dentro. Y una obra de arte está sentida cuando es muy pura, y es muy pura cuando no tiene arte adherido, añadido, pegado, puesto. Por eso el niño creador logra darnos en seguida una emoción tan clara, porque lo ignora todo. Pero ¡cuidado! ¡Mucho cuidado con dejarnos conquistar por esa primera pureza! Ser puro desde la inocencia absoluta claro que es pureza, pero no es una pureza válida. Una pureza que no ha costado pecados nada vale. (...) Lo puro verdadero hay que conquistarlo, conquistarlo trabajosamente cada día. Las gentes superficiales suponen de buena fe –los superficiales siempre actúan de buena fe– que el niño es la parte mejor del hombre. ¡Qué disparate! Lo mejor del hombre es su madurez, es decir, cuando ha pasado por su sabiduría y dejándola atrás, sin renegarla, ha reconquistado su inocencia. (Gaya, 2010, p. 820)

Vemos, entonces, que en las líneas que acabamos de citar la condición indispensable para acceder a la madurez es una renuncia, si bien en ellas no resulta del todo claro a qué se trata exactamente de renunciar. Ahora bien, y puesto que antes hemos observado que la madurez implicaba un desarrollo armonioso de las capacidades del sujeto, entenderemos aquí que lo sacrificado en el proceso de maduración es el excesivo desarrollo de una (o de un puñado) de esas facultades a costa de otra(s), por ser ese excesivo desarrollo lo que nos impediría adoptar hacia todo cuanto nos rodea una única actitud –aunque, como hemos visto, no necesariamente una única emoción–. En cualquier caso, parece claro que la renuncia



recién aludida no deriva según Gaya de sabiduría alguna ni, por consiguiente, de un método o de una definición, y ello porque implica dejar atrás (pero no renegar de) la sabiduría misma. A este punto se refiere de nuevo Gaya cuando, en la entrada de su “Diario de un pintor” del 21 de diciembre de 1956 escribe que “salir de un largo y gustoso... infantilismo es una empresa muy difícil; se trata de saltar a la madurez sin... conocerla” (Gaya, 2010, p. 457). La maduración no es, así, un proceso que avance basándose en un conocimiento de la esencia de aquella, siendo este el motivo por el que para entender dicho proceso no nos ha bastado con la definición de la madurez que Gaya nos propuso en su escrito de 1942 sobre Juan Ramón, por muy reveladora que esta sea.

Y, con todo, la descripción del proceso de maduración a la que hasta aquí nos hemos referido tiene un límite, ya que, si bien es cierto que arroja alguna luz sobre la naturaleza de la madurez, no nos dice nada a propósito de la juventud, ya que alude en lugar de eso únicamente al niño, suprimiendo toda referencia al adolescente –o sea, a aquella etapa de la vida que más espontáneamente tendemos a asociar a la palabra «juventud»–. Pensamos que, para dejar atrás esta limitación, merece la pena que nos detengamos por unos instantes en unas líneas de *Velázquez, pájaro solitario* –o sea, de uno de los escritos de Gaya que este mismo autor consideró más «firmes y maduros» dentro de su trayectoria– en las que, reflexionando sobre el modo en que un artista deviene verdadero creador, dicho autor declara lo siguiente:

No es empresa fácil, pues se trata, nada menos, que de pasar de la adolescencia a la madurez (...); se trata de pasar de la acción adolescente –el adolescente, que imita una idea preconcebida y artificial del hombre, se piensa más varonil cuanto más activo– a la inacción adulta, a la aceptación adulta de su quieto, intenso, esencial, original poder creador. Este paso (...) no es fácil; veremos, pues, con demasiada frecuencia, que el adolescente, en vez de saltar con decisión a hombre, se encharca en un infantilismo senil, y que el artista da vueltas y vueltas regodeándose en un barro vicioso, enrarecido, sin salida. Pero el adulto real y verdadero, como el creador predestinado, sienten muy bien que necesitan irse, renunciar, sobrepasar; irse de algo, de algo *precioso*, valioso;



renunciar a algo muy suyo; sobrepasar algo que enamora, que aprisiona. (Gaya, 2010, p. 108)

Aunque este pasaje reitera, ahora vinculándola a la adolescencia, una idea que Gaya había expuesto al disertar sobre la transición desde la infancia hasta la madurez –a saber, que esta implica renunciar a algo de aquella, y no porque el objeto de esa renuncia carezca de todo valor, sino porque su excesivo valor nos aprisiona–, en él se observa que aquello a lo que se trata de renunciar no es únicamente la pureza característica del niño, sino también la excesiva actividad del adolescente. Esto significa, a su vez, que madurar conlleva una doble selección, una doble renuncia, pues no se trata de dejar atrás todos los aspectos de nuestra adolescencia y de nuestra infancia –o sea, de toda nuestra juventud–, sino de renunciar únicamente a aquello que en dichas etapas supone un exceso por culpa del cual, al quedar coartadas las restantes facetas de nuestra personalidad, se nos hace pagar muy caro el apego al *brillo* de ese don excesivo. Que esta doble renuncia respecto a –y, por lo mismo, que cierta conservación de– la juventud es inseparable de la concepción que Gaya tiene de la madurez es algo que queda claro, a nuestro juicio, en las últimas líneas de otro escrito suyo, fechado en 1975 y titulado “Epílogo para un libro de poemas de José Bergamín”, en las que se atribuye a ciertos versos una “madurez juvenil” (Gaya, 2010, p. 160), añadiendo inmediatamente después que “una juventud madura, en cambio, no es posible” (ibid.). Obtenemos de este modo la pieza que nos faltaba para responder al interrogante que planteamos casi al comienzo del presente apartado, gracias a lo cual nos hallamos ahora en condiciones de aseverar que la madurez y la juventud son «verdaderas» solo cuando la primera de ellas es lograda, esto es, cuando se ha operado con éxito la doble selección – respecto a la pureza de la infancia, de una parte, y a la actividad de la adolescencia, de otra– a la que acabamos de aludir. En cambio, la juventud no puede ser madura por sí misma, pues no es otra cosa que un estadio de la evolución personal en el que la doble selección recién mentada aún no ha tenido aún lugar y no se ha alcanzado, por consiguiente, una actitud homogénea hacia todas y cada una de las cosas.



4. A modo de cierre

En los dos apartados inmediatamente anteriores hemos seguido sendas líneas de investigación a propósito del infantilismo que, en este último tramo, nos gustaría intentar cruzar. En la primera de ellas hemos considerado al infantilismo cómo síndrome y hemos visto por qué la noción misma de «síndrome» no es una entre otras tantas para la psiquiatría, sino la condición para que esta disciplina tenga algún tipo de alcance social. Por su parte, en la segunda de las dos líneas citadas hemos examinado la naturaleza de la madurez considerándola en sí misma, esto es, desde el interior –por así decir– de la configuración subjetiva de quienes la experimentan. Para cerrar esta serie de observaciones quisiéramos, en primer lugar, recordar que la segunda de las dos líneas aludidas, para la cual nos han servido de orientación unos pocos puntos de la obra escrita de Ramón Gaya, ha mostrado que el infantilismo resulta del desarrollo excesivo de una o varias facultades, como consecuencia del cual otras capacidades del individuo no alcanzan a desarrollarse suficientemente. Por ello nos inclinamos a pensar que la teoría que la medicina de los alienistas elaboró durante la primera mitad del siglo XIX a propósito del infantilismo está más próxima a la realidad de ese padecimiento que la adoptada por la psiquiatría de la segunda mitad de ese mismo siglo.

Por otra parte, de la intersección de las dos líneas de análisis seguidas hasta aquí puede extraerse una segunda conclusión, complementaria de la recién enunciada, que resumiremos como sigue: tenemos un grave problema como sociedad cuando nuestro interés prioritario no es hacer madurar –y, por lo tanto, contribuir a que la madurez de los individuos dé unos frutos de los que podríamos beneficiarnos–, sino tan solo conservar el orden social dado. Llevando aún más lejos esta última aseveración, podríamos adentrarnos incluso en el terreno de la sospecha –sugiriendo, por ejemplo, que a la actual sociedad parece convenirle la infantilización de los individuos que la integran, ya que de esa manera hace de estos unos consumidores más voraces, unos productores más sumisos y, en suma, unos seres más fácilmente gobernables–, pero esta es una orientación que, por interesante que pueda resultar, reservaremos para otro momento.



Bibliografía

- Dowling, C. (1992). *El complejo de Cenicienta. El miedo de las mujeres a la independencia*. Grijalbo.
- Foucault, M. (2001). *Los anormales*. Akal.
- Gaya, R. (2010). *Obra completa*. Pre-Textos.
- Jung, C. G. (2002). *Obra completa. Volumen 9/I. Los arquetipos y lo inconsciente colectivo*. Trotta.
- Kiley, D. (1983). *The Peter Pan Syndrome. Men Who Have Never Grown Up*. Dodd, Mead & Company.
- Von Franz, M.-L. (2006). *El puer aeternus*. Kairós.



LA VULNERABILIDAD COMO FUENTE DE ORIENTACIÓN ÉTICA

Berta Sáenz Almazán

Resumen

De entrada, se presenta una comprensión de la vulnerabilidad como la capacidad de recibir el efecto de algo que me excede, algo “otro” a mí; tanto el otro personal como el otro impersonal. A continuación, se presentan tres formas de relacionarnos con nuestra condición vulnerable: la negación, la aceptación resignada y, finalmente, la asunción que ve en esta condición una fuente de sentido. Y exploraré esta última perspectiva que reivindica el cuidado como valor político válido tanto al nivel más íntimo como al más global posible.

Palabras clave: vulnerabilidad, ética, cuidado, interdependencia, otro.

Lo que quisiera compartir no es más que una invitación a detenernos para celebrar y explicitar una intuición, una reflexión urgente, un discurso y una forma de hacer que en realidad subyace a todas las charlas que se han compartido en este congreso, afortunadamente. En el cartel se advierte que lo que justifica este evento es “la necesidad de pensar en la vulnerabilidad como el núcleo más revelador de la vida humana, y en la atención sanitaria y social como acciones primordiales”. Pues en esta línea, y de forma más general probablemente que en otras charlas, en las que se explora en ámbitos locales cómo se concreta lo que la vulnerabilidad nos revela, especialmente en la atención sanitaria, yo querría, por otra parte, afirmar sin vacilación que la vulnerabilidad es una fuente de orientación ética. Y gran parte de la gracia de esta constatación, que a quienes estáis aquí no os vendrá de nuevo, es el hecho de que cualquiera que la pronuncie encuentra, en la filosofía contemporánea,



numerosos y valiosos aliados: en otras palabras, que no estamos solas en esa afirmación, inevitablemente reivindicativa.

Siendo como estamos en la facultad de filosofía, no se puede avanzar en la explicación sin aclarar conceptos: “vulnerabilidad como orientación ética”. Me explico: somos vulnerables frente a otros. ¿Por qué vulnerables? Porque ningún ser humano piensa, habla, se mueve, toma decisiones, sin influencias externas a sí mismo. Este punto de partida se explica a sí mismo si nos preguntamos ante qué otro nos descubrimos vulnerables. ¿De qué otro estamos hablando?

Encontraremos autores que nos hablan del otro como alguien personal, alguien con un rostro, alguien que sufre y que nos pide cosas, que nos tienta, que nos atrae o nos repele, pero alguien con nombres y apellidos – tanto si no los conocemos como si no. Sin entrar en la discusión sobre el Otro en mayúsculas⁷, podríamos decir que este es el caso, en parte, de Emmanuel Levinas, una de las voces más destacadas en la reflexión sobre la alteridad como portadora de un mensaje ético inequívoco. En su caso, el sujeto, el yo, cada una de nosotras, es vulnerable a la interpelación del otro que, a través de su rostro – una forma de referirnos a su fragilidad, para simplificarlo – nos evidencia que podemos hacer daño al otro y que, pudiéndolo hacer, debemos no hacerlo. El mensaje que nos envía el otro es el famoso mandamiento “No matarás” y, a menudo, añade: “más aún, no me dejarás morir”. Así, somos afectables y afectadas por este imperativo, que nos golpea tanto si respondemos como si hacemos todo lo que está en nuestra mano para obviarlo. Somos vulnerables, de alguna forma, a la responsabilidad de proteger la vulnerabilidad, a su vez, del otro. Y esa condición humana, ese escenario ético, nos limita y orienta tanto si lo queremos como si no.

⁷ Levinas, Emmanuel. *Ética e Infinito*, “La gloria del testimonio”, pp. 87 – 93; Butler, Judith, *Dar cuenta de sí mismo*, p. 8: “En este libro utilizo el concepto de “otro” para denotar al otro humano en su especificidad, excepto donde, por razones técnicas, es preciso que el término signifique algo ligeramente diferente. En Levinas, por ejemplo, “el Otro” no solo se refiere al otro humano, sino que actúa además como vicario de una relación ética infinita. En este último caso, la palabra aparece aquí con inicial mayúscula.”



Pero Levinas no es el único que nos habla de un sujeto vulnerable frente a otro personal. De una forma, diríamos, menos original o sorprendente pero no por ello menos acertada, autores como Arthur MacIntyre, Charles Taylor o Michael Sandel – a menudo considerados “comunitaristas”, aunque al menos Sandel se resista explícitamente y con razones a esta etiqueta (1989, p. 186) – han señalado que no nos sostenemos solos sino gracias a otros con nombres y apellidos, a los “otros particulares”, en palabras de MacIntyre. Leámoslo:

Nosotros, los seres humanos, somos vulnerables a todo tipo de aflicciones y la mayoría de nosotros en algún momento sufrimos enfermedades graves. Haberlas superado se debe sólo en una pequeña parte a nosotros. Lo habitual es que debamos a otros nuestra supervivencia, por no hablar de nuestro bienestar, cuando nos encontramos con enfermedades o heridas físicas, una nutrición inadecuada, deficiencias o desequilibrios mentales, y negligencia y agresiones humanas. Esta dependencia hacia otros particulares en cuanto a la protección y el sustento es más evidente durante la infancia y la vejez. Pero entre estos primeros y últimos estadios, nuestras vidas están marcadas por períodos más o menos largos de heridas, enfermedades u otros tipos de discapacidad que algunos de nosotros sufren a lo largo de toda la vida. (MacIntyre, 1999, p.1)

Así pues, para MacIntyre, que un discurso filosófico tenga un “sentido práctico” (1999, p. 1), que podamos ese discurso sea de fiar, depende básicamente de que no dé la espalda a nuestra vulnerabilidad. Los demás nos permiten sobrevivir, crecer, mantenernos en momentos de desfallecimiento. Además, Taylor y Sandel enfatizan que nuestro “autoconocimiento” (Taylor, 1991, p. 33)⁸ y “construcción del carácter” (Sandel, 1989, pp. 178 - 183) descansan en la imagen de nosotras mismas que nos devuelven los ojos de los demás y, así, afirman que nuestra subjetividad es necesariamente “dialógica” (Taylor, 1991, p. 33). También la

⁸ Taylor, Charles. *The ethics of Authenticity*, p. 33: “nos convertimos en agentes humanos completos, capaces de entendernos y por lo tanto de definir una identidad, a través de la adquisición de ricos lenguajes de expresión [...]. Nadie adquiere los lenguajes necesarios para la autodefinición por su cuenta.” [traducción propia].



capacidad de orientarnos éticamente en el mundo, la “praxis” aristotélica⁹, el convertirnos en “agentes morales independientes” (MacIntyre, 1999, 81 – 98), de discernir qué nos conviene, de aprender qué relación establecer con los propios deseos..., se ejercitan en un contexto social y, aún más, de amistades y de referentes. De estas dependencias no se habla como condiciones superables, ni deseables de superar: la aspiración a la independencia total, la equivalencia entre libertad y pura autonomía es tan estúpida como condenar la aspiración de la humanidad haciendo que aquello que podría cumplir nuestros anhelos fuese tener escamas de pez o cuatro piernas.

Ahora bien, también hay un otro que nos condiciona íntimamente y que no tiene nombres ni apellidos, que no puede tocarse, pero del que sin duda recibimos efectos muy concretos: la historia, la cultura, el lenguaje. Y con el lenguaje quiero referirme a todas las formas de códigos simbólicos – de género, de idioma, de roles sociales, de racialización y demás – que nos posicionan en el conjunto de la red social en un determinado lugar, no determinante, como demuestra la crítica y deconstrucción de todos estos “lenguajes”, pero sí innegable como punto de partida en la construcción de nuestra identidad, en nuestras proyecciones de vida, facilidades y obstáculos. Judith Butler¹⁰, por ejemplo, es muy hábil manteniendo cerca el análisis del efecto del otro personal y la consideración de las normas sociales como otro esta vez impersonal pero igualmente interpelador. Esta reflexión sobre las normas sociales la recupera del foco del último Foucault (Butler, 2005, pp. 37 – 42), quien en la década de los 80 dejó de mirar únicamente desde una perspectiva combativa las reglas sociales para constatar que, sabiendo que no podemos construirnos sin reglas ni marcos que nos permitan ser reconocibles unos a otros y partiendo de la tranquilidad que fundamenta su recorrido previo basado en la crítica, la tranquilidad de que estas reglas son más flexibles de lo que parecen – abiertas a ser agrietadas y desplazadas en su reproducción -, empezó a observar

⁹ Esquirol, Josep Maria. *Tres ensayos de filosofía política*, “El concepto aristotélico de *praxis* en la filosofía contemporánea”, pp. 19 – 68.

¹⁰ Butler, Judith, *Dar cuenta de sí mismo*, p. 39: “el ser mismo del yo depende no sólo de la existencia de ese otro en su singularidad (como sostendría Levinas), sino también de la dimensión social de la normatividad que rige la escena de reconocimiento.”



cómo la construcción tan libre como pudiera imaginar de la identidad, el gesto creativo de preguntarnos "¿Quién soy?", sólo se podía dar en un escenario de diálogo, de negociación, de contraste, con estas reglas sociales, con los códigos de normalización, con el catálogo en cada contexto provisionalmente limitado de identidades reconocibles. En otras palabras, ese otro impersonal que descubrimos como intruso no escogido en el punto más íntimo de lo que creemos que somos, de lo que hacemos, de lo que decimos, no podemos retratarlo únicamente como enemigo, sino también como escenario indispensable de toda posibilidad de ejercicio de la libertad humana, que será siempre una libertad condicionada, negociada, nacida y vivida en un contexto y nunca independiente de nuestros lenguajes, códigos, historia y cultura.¹¹

Una revisión que completa esta amplia comprensión de las relaciones que exceden las estrechas fronteras del yo como constitutivas de lo que somos es el reconocimiento de nuestra vulnerabilidad hacia el otro no-humano, ni necesariamente surgido del mundo humano, como sí que es el caso del lenguaje, los roles sociales y demás. Desde la más básica observación, constatamos que dependemos de vidas de animales, de microorganismos, del entorno natural..., y no es necesaria una crisis climática ni una pandemia a escala mundial debido a un microorganismo minúsculo para tener en consideración nuestra existencia condicionada a ecosistemas que nos ligan con toda la vida y los objetos inertes del universo.

Hablamos, pues, de la vulnerabilidad como capacidad de recibir el efecto de lo que me excede, sea alguien, sea la historia, el entorno natural, las enfermedades, la muerte, el cariño, el compañerismo o la violencia. Y, resumiendo, podríamos hablar de dos formas de relacionarnos con nuestra condición vulnerable. Hemos empezado diciendo que afirmar la vulnerabilidad es inevitablemente reivindicativo. Si esto es así, si hay congresos y libros y tesis y proyectos vitales que giran en torno a la visibilización de la vulnerabilidad humana es porque, evidentemente, no es una asunción común. Es porque, de base, existe una resistencia generalizada a

¹¹ Judith Butler, *Dar cuenta de sí mismo*, p. 33: "Si en esa lucha hay algún acto de agencia o, incluso, de libertad, se da en el contexto de un campo facilitador y limitante de coacciones. Esa agencia ética nunca está del todo determinada ni es radicalmente libre."



movernos, pensarnos, hacer política, orientarnos partiendo de esa condición frágil que requiere protección y la mano del otro para aguantarse en pie. Así pues, la primera manera de relacionarnos con la vulnerabilidad es su negación o una versión de ésta como condena a algo malo que se puede y debe combatir. De ahí todas las construcciones de identidades que aspiran a la autosuficiencia ya no de una instancia opresora concreta, sino de todo vínculo que escape al propio control y elección, ya sea a nivel individual o a nivel de los estados-nación, como muestra la Butler de *Marcos de guerra* (2009, pp. 75 – 76).

Existe una posición alternativa frente a la vulnerabilidad que pasa por su asunción. Por un lado, podemos aceptarla meramente como limitación a tener en cuenta en los propósitos verdaderamente valiosos que nos inspiran y que apuntan hacia otros horizontes. La vulnerabilidad sólo limitaría estas ambiciones, haciéndolas algo más realistas. Pero hay todavía una tercera posibilidad, que se suma al ejercicio que nos propone Josep Maria Esquirol en *La resistencia íntima* cuando dice: “Hasta sería acertado hablar en estos términos: *gracias* a nuestra condición corporal...; *gracias* a nuestra condición social... Teniéndolo en cuenta, el análisis de ciertas cosas puede ser mucho más lúcido” (2015, p. 102). De esa revalorización de la vulnerabilidad se desprende la posibilidad de que no sólo sea fuente de agradecimiento sino, sobre todo, fuente de sentido. O, como hemos dicho hasta ahora, de orientación ética.

¿Pero de qué ética estamos hablando? En este caso me ampara la definición que Butler extrae de Levinas, que consiste en descubrirse responsable frente al sufrimiento del otro. Y responder implica hacerse cargo, no sólo evitar hacer daño sino proteger y cuidar, a fin de cuentas. Esta definición asume que el sufrimiento, la vejez, el dolor, incluso la violencia y la agresividad, son parte de nuestra experiencia, siempre expuesta a la enfermedad, las interacciones sociales y la falta de sostenimiento en todos los niveles. Para hablar de esta condición, citaremos una pequeña joya del ensayo del 2015 de Josep Maria Esquirol, una humilde nota a pie de página que me parece impagable para vislumbrar a la preciosidad de lo que podemos aspirar sin desarraigarnos de nuestra vulnerabilidad:



He aquí un relato popular donde se explica la diferencia entre el cielo y el infierno: en el infierno hay una mesa con numerosos platos que contienen succulentos manjares. Pero los comensales tienen una mano atada a un tenedor muy largo y la otra a un cuchillo también muy largo, de modo que cuando cortan y pinchan el alimento no pueden llevárselo a la boca de ningún modo. Terrible tortura. ¿Y el cielo, cómo es el cielo? Pues la situación es la misma: una mesa llena de exquisitos manjares donde los comensales tienen las manos atadas a tan extraños cubiertos. La única diferencia es que aquí, en el cielo, cada uno corta y pincha los alimentos para llevarlos hasta la boca del otro. (Esquirol, 2015, p. 73)

Esta fábula enlaza con uno de los temas más explorados por la filosofía contemporánea, especialmente desde el feminismo – pero no sólo –, que es la cuestión del cuidado. Aquí tomaremos como aliada principal a Joan Tronto y su obra más conocida: *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care* (*Fronteras morales: una argumentación política para una ética del cuidado*). El mensaje nuclear de ese libro es la reivindicación del cuidado como práctica, ideal y virtud que busca invocarla en medio de la esfera pública, para recuperarla de su confinamiento a lo privado, no regulable y dejado a la buena fe de los cercanos y, de este modo, utilizarla como valor político orientador a nivel más general.

De entrada, partiremos de la definición que ella misma formula juntamente con su colaboradora Berenice Fisher:

En el nivel más general, proponemos que cuidar se conciba como un tipo de actividad que incluye todo lo que hacemos para mantener, continuar y reparar nuestro “mundo” de tal modo que podamos vivir lo mejor posible. El mundo incluye nuestros cuerpos, a nosotros mismos, nuestro entorno, todo esto que intentamos entretener en una red compleja que sostiene la vida. (Tronto, 1993, p. 103.)

Más allá de esta definición bastante clara, a mi entender, Tronto expone algunas ventajas de tomar el cuidado como mensaje orientador, como ideal que sí está a nuestro alcance como seres vulnerables. Por un lado, el cuidado permite arraigar la reflexión ética y, por contrapartida, deslegitima los discursos morales que se permiten elaborar y sofisticar su retórica sin atender a ninguna necesidad



real. Esta forma de proceder en el pensamiento que parte de la constatación de ciertas necesidades a las que debemos dar respuesta no es ni mucho menos exclusiva de Tronto. Por poner algún ejemplo bastante divergente de la autora política norteamericana, recurro a Simone Weil. Uno de sus textos más políticos, “Estudio para una declaración de las obligaciones respecto al ser humano” (Weil, 2000, pp. 63 – 70), quería servir como inspiración para una nueva constitución de la Francia posterior a la segunda guerra mundial. En él, la autora deriva ciertas obligaciones partiendo de necesidades humanas tanto materiales como inmateriales, que incluyen desde la necesidad de arraigo en un medio cultural, material y social que sustente al individuo hasta la disciplina indispensable para cultivar la capacidad de atención, entre muchas otras.

Por otra parte, del cuidado se pueden derivar de forma más o menos fácil criterios de aplicación que nos orienten manteniendo como advertencia la sensibilidad y adecuación al contexto. La perspectiva del cuidado, por su deriva aplicada innegable, liga la ética a un proceder contextual. Son ejemplo de ello las cuatro fases del cuidado de las que nos habla Tronto, así como las cualidades que deben acompañar cada una de esas fases. Estos pasos consisten en tener interés o atender una situación que requiere tomar cuidado; asumir la responsabilidad o hacerse cargo de ella; ofrecer el cuidado; y, finalmente, la recepción del cuidado. Uno de los criterios que propone Tronto tiene que ver justamente con evaluar todos estos pasos sin obviar ninguno de ellos para tener una consideración completa de lo que implica cuidar de alguien. Para entendernos, es importante ser sensible y capaz de identificar las necesidades; es igualmente indispensable prever, planear, disponer las necesidades y la manera cómo van a ser atendidas; pero no es menos importante el cuidado que se ofrezca en concreto ni tampoco cómo la persona que es atendida viva ese cuidado. Los criterios que Tronto discierne como útiles en cada una de esas fases no tienen ninguna pretensión totalizadora, sólo son una muestra de las indicaciones que pueden derivarse en diferentes contextos – sociales y asistenciales, especialmente – desde la perspectiva del cuidado.

Y, por último y no menos importante, la reflexión sobre el cuidado se ha consolidado en un contexto de sociedades plurales y globalizadas, que necesariamente han hecho que enfrentara e integrara como propio uno de los retos



más exigentes de toda ética contemporánea: la alteridad o pluralidad (Tronto, 1993, p. 161). Es difícil no mencionar, en esta facultad, la concepción política de Hannah Arendt, basada en las nociones de cohabitación y pluralidad, que es en este sentido una interpretación muy inteligente del marco democrático liberal que todo discurso contemporáneo del cuidado asume:

Propondré que la práctica del cuidado describe las cualidades necesarias para que ciudadanos democráticos convivan bien en una sociedad plural, y también que, solo en una sociedad justa, pluralista y democrática, puede florecer el cuidado. (Tronto, 1993, p. 161)¹²

En consecuencia, el gesto que cuida no puede reducirse a un impulso natural que sale ante aquel similar a mí con quien es fácil establecer vínculos de empatía. En sociedades globalizadas y plurales como las nuestras, si el cuidado es un valor político, no puede reducirse a este fenómeno tan particular y, por otra parte, tan poco transformador de los límites estrechos de nuestra identidad, de lo que nos es propio o similar.

En esta línea que reivindica y expande los límites de la reflexión sobre el cuidado a todos los niveles, es interesante la reciente aportación – de hace poco menos de un año – de The Care Collective en su *Manifiesto de los cuidados*. Hacemos esta mención porque nos da motivos para ser optimistas. A pesar de partir del diagnóstico general que recoge bajo el título: “Reina el descuido”, dedica la mayor parte de este libro asequible y repleto de análisis de la actualidad a seguir las pistas de prácticas de cuidado en su sentido más amplio – de cooperación, protección y mantenimiento de vidas frágiles – que se dan en todos los niveles. Leo, para que podamos hacernos una idea, los títulos de los capítulos en su progresión: “Políticas que cuidan”, “Familias que cuidan”, “Comunidades que cuidan”, “Estados que cuidan”, “Economías que cuidan” y “Cuidar el mundo”.

Esta referencia al cuidado nos permite concluir destacando lo que Tronto llama “el poder del cuidado”, que consiste en que su lenguaje y su lógica nos

¹² Y también p. x: “Empiezo asumiendo la necesidad de una sociedad liberal, democrática y pluralista para que los humanos puedan desarrollarse.” [traducción propia].



impulsan inevitablemente a ligar nuestras reflexiones éticas con los problemas sociales y políticos. En sus palabras:

[el cuidado] introduce preguntas sobre lo que valoramos en nuestro día a día. ¿Debe la sociedad organizarse de tal manera que ayude a mantener ciertas formas de privilegio por encima de responder a necesidades mucho más básicas de otros? Este tipo de preguntas, formuladas de manera tan clara, nos ayudan mucho más a acercarnos a resolver cuestiones fundamentales de justicia que continuas discusiones abstractas sobre el significado de la justicia. (Tronto, 1993, p. 124)

Esta presentación general apenas ha logrado señalar el interés de visibilizar la vulnerabilidad de nuestra situación ya no como una limitación, un pecado, una falta; sino como una condición de posibilidad de nuestra agencia y libertad y, evidentemente, una justificación del cuidado como actividad esencial, imprescindible y definitoria del ser humano. Evidentemente, abundan los interrogantes respecto a cómo concretar, en cada ámbito de nuestra experiencia, esta reivindicación y la orientación ética que nos ofrece. Uno de los temas, a mi entender, más interesantes que tenemos por delante es repensar qué tipo de agencia permite una vulnerabilidad asumida, qué margen de acción tenemos cuando la pasividad, la capacidad de ser afectados, no es una enemiga y, sin embargo, no es nuestra única posibilidad. Eso implicaría repensar una imagen del sujeto y de los grupos humanos, una nueva antropología, que los conciba como vulnerables (no independientes ni neutrales respecto al entorno y al sufrimiento propio y el de los demás) y, a la vez, capaces de hacerse cargo de su situación, de ser responsables. Esta situación que no se reduce ni a pura pasividad, al más seco determinismo, ni a pura actividad, una etérea autonomía, sino a otra cosa que todavía debe ser profusamente nombrada, asumida y apoderada, es el reto con el que se encuentra toda ética contemporánea: conjugar estas dos dimensiones aceptando que, por paradójica que parezca esta alianza, nunca hemos dejado de ser afectables o vulnerables y, precisamente por eso, responsables o capaces de responder.

Estas palabras no son más que el eco que resuena por todos los rincones del pensamiento contemporáneo que quiere hacerse cargo del presente al que le ha tocado responder. Nos sirve el ejercicio que hemos citado de The Care Collective.



Estos autores, aplicando una reflexión similar a la de Tronto al contexto actual, nos invitan de nuevo a mirar lo que ni la filosofía, ni la economía, ni la política ni la cultura, ni probablemente las personas normales y corrientes, no han mirado lo suficiente o no han mirado con buenos ojos. Nos señalan algunos de los gestos que han asegurado tanto nuestra mera supervivencia como cualquier atisbo de buena vida y proyección de sociedad justa, lo que, afortunadamente, comienza a ser el tema de las reflexiones filosóficas, de los congresos como éste, de los seminarios, de las tesis, y ojalá – y más nos vale – también de las vidas de quienes hablan y piensan en ella.

Bibliografía

- Butler, Judith (2005). *Dar cuenta de uno mismo*, Madrid: *Amorrotu editores*.
- ——— (2009). *Marcos de guerra: Las vidas lloradas*, Barcelona: *Paidós*.
- Esquirol, Josep Maria (1995). *Tres ensayos de filosofía política*, Barcelona: *PPU*.
- ——— (2015). *La resistencia íntima. Ensayo de una filosofía de la proximidad*, Barcelona: *Acantilado*.
- Levinas, Emmanuel. (2008). *Ética e infinito*, Madrid: *La balsa de la Medusa*.
- Macintyre, Alasdair. (1999). *Dependent Rational Animals: Why Human Beings Need the Virtue*, Chicago: *The Paul Carus Lectures Series 20*.
- Sandel, Michael. (1989). *Liberalism and the limits of Justice*. Cambridge: *Cambridge University Press*.
- Taylor, Charles. (1991). *The Ethics of Authenticity*. Cambridge (Massachusetts) and London (England): *Harvard University Press*.
- The Care Collective. (2020). *The Care Manifesto: The Politics of Interdependence*. Brooklyn: *Verso*.
- Tronto, Joan C. (1993). *Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care*. New York: *Routledge*.
- Weil, Simone. (2000). *Escritos en Londres y últimas cartas*. Madrid: *Editorial Trotta*.



UNA APROXIMACIÓN A LA APERTURA DEL SENTIR EN LA OBRA DE MARÍA ZAMBRANO

Iria Rodríguez

Resumen

Partimos aquí de una de las principales críticas de María Zambrano a la cultura occidental: comprender al ser humano únicamente desde la facultad de la razón, desde un pensar “puro”, que en último término lo separa de la naturaleza y también de la vida. Veremos cómo ello lleva a Zambrano a querer recuperar un sentir originario que es vínculo básico que nos une al mundo, y cómo ello culmina en el método de la razón poética. Nos servimos de algunas consideraciones de Michel Foucault respecto al sujeto y su configuración, que nos permita formular una hipótesis de trabajo: sugerimos entender la razón poética como método de pensamiento para acceder a ciertas experiencias que transforman el sujeto, pudiendo llegar a hablar, en palabras de la autora, de una “apertura del sentir”, en que el pensar ofrecería al sujeto un “espacio vital antes cerrado”.

Palabras clave: María Zambrano, razón poética, experiencia, Michel Foucault, subjetividad

1. La problemática

En esta comunicación haremos un breve esbozo de algunos aspectos de la problemática del hombre que aborda María Zambrano a través de su antropología filosófica. Luego se pondrán sobre la mesa algunas nociones de Michel Foucault para tratar de establecer un diálogo fructífero que pueda dar algunas claves para la lectura de la propuesta zambraniana a ese problema.

Una de las críticas que Zambrano hace a la cultura occidental, también la filosofía, es respecto a una cierta imagen que se ha tendido a hacer del hombre: como conciencia, como únicamente razón, en palabras de la autora, “lugar inerte... donde se inscriben los hechos de conciencia... como viniendo de fuera”. Pensar al ser humano únicamente desde esta facultad de la razón, un pensar “puro”, lo separa de



la naturaleza, y también de la vida. Tras esta crítica se traza toda una propuesta que trata de recuperar un saber sobre el alma, sobre la sede de las pasiones, del sentimiento, y se pregunta: “¿No podrá fluir [el alma] recogida y libremente por el cauce que abre la verdad a la vida? Hay, sí, razones del corazón, hay un orden del corazón que la razón no conoce todavía” (Zambrano, 2000, 28).

Si trasladamos esta misma crítica de la imagen antropológica del hombre a la propia tarea filosófica, ¿a qué nos lleva este uso “restrictivo” de la razón desde sus orígenes mismos? La filosofía parte de una originaria admiración, pasmo extático, ante las cosas, pero ha ejercido, mediante los procesos de abstracción y universalización, una cierta violencia hacia esa realidad múltiple, plural, que la filosofía misma admira, resultando en una separación del hombre respecto a la realidad (Zambrano, 2016, 16-17). Nos hemos deshecho de aquello que nos cautiva, lo concreto y particular, y por lo tanto quedamos desprovistos de ese vínculo básico, originario, esa raíz, que nos une al mundo. Este vínculo es el sentir, el ámbito de las pasiones, los apetitos, facultad fundamental del hombre que nos hace participar, estar en comunión, con lo real: es lo que nos sostiene y es “cable de energía” a través del cual la vida fluye y genera (Revilla, 2008, 30-31).

Este uso que la tradición occidental hace de la razón para relacionarse con lo real, como método de abstracción y construcción de sistemas conceptuales, no da cabida a las necesidades de la vida humana, la dejan abandonada, en soledad. Esta imagen converge con la de la condición humana, la situación fundamental humana, que la autora caracteriza como “exilio metafísico” o heterogeneidad cósmica (Blesa, 2011, 30-31). Estos términos refieren a la situación del humano como de no-pertenencia al hábitat natural, dado que lo trasciende, pero tampoco a la esfera de los ideales o los valores, quedando en el desamparo del entremedio (Revilla, 2008, 30). El hombre no pertenece a ninguna parte, no hay nada que le pertenezca tampoco; se encuentra en el vacío, la nada, la más pura soledad y aislamiento.

Lo real queda así alejado de nosotros, como lugar perdido, paraíso inconquistable, y aquí encontramos un fragmento que ilustra esa experiencia de este anhelo, de una realidad ausente:



Estábamos aún perdidos en el mundo de la niñez, en el mundo indiferenciado de los sueños, el juego y el hacer, el ver y el pensar... y una secreta corriente vital nos mantenía en diálogo con el grillo pequeñito y negro, con el ardiente alhelí y la hormiga color miel, en el jardín inconquistable que está al comienzo de toda vida. (Zambrano, 2004,72-73)

Desde esta reflexión nos situamos en el polo opuesto al de la experiencia vital del sinsentido, de la nada, del vacío, de esa soledad a la que nos referíamos, para dar con una experiencia pre-racional del mundo, en que fluye sin esfuerzo un vínculo espontáneo entre el niño o la niña y aquello que le rodea (Morey, 2021, 30-1). La autora indica que “algo se ha ido o no ha llegado a sustituir a ese éxtasis vital, paradisíaco; algo que puede ser el esfuerzo del razonar, la gracia del amor” (Zambrano, 2004, 73). Por lo tanto, la acción que podemos hacer para volver a establecer ese vínculo con lo real, se encuentra entre el razonar y el sentir, y será en este enclave donde se situará su pensamiento. Es de aquí de donde emergerá su razón poética, que tiene por horizonte superar el exilio metafísico del hombre y retornar a la unidad primera con el cosmos, con el universo.

2. Leer a María Zambrano desde/con Michel Foucault

A continuación, nos detendremos en dos fragmentos bastante afines de María Zambrano y Michel Foucault, que servirán como un punto de partida para considerar un diálogo fructífero a establecer entre estos dos pensadores:

Pensar no es sólo captar los objetos, las realidades que están frente al «sujeto» y a distancia. El pensar tiene un movimiento interno que se verifica dentro del propio sujeto, por así decir. Si el pensar no barre la casa por dentro, no es pensar. (Zambrano en Morey, 2021, 9)

¿Qué valdría el empeño del saber si sólo hubiera de asegurar la adquisición de conocimientos, y no, en cierto modo y en la medida de lo posible, el extravío del que conoce? Hay momentos en la vida en los que la cuestión de saber si se puede pensar de modo diferente a como se piensa y percibir de otro modo a como se ve es indispensable para continuar contemplando o reflexionando. (...) Pero, ¿qué es la filosofía hoy —quiero decir la actividad filosófica— sino el



trabajo crítico del pensamiento sobre sí mismo? ¿No consiste más bien, en vez de, en legitimar lo que ya se sabe, en comenzar a saber cómo y hasta dónde sería posible pensar de otra manera? (Foucault en Gabilondo, 1999, 11)

Como se puede observar desde un primer momento, el sujeto del pensar que se sugiere aquí es un sujeto que, al llevar a cabo esa tarea del pensamiento, puede ejercer una transformación de sí mismo, de su propio modo de ser. Esto nos lleva al problema del sujeto, entendido como el conjunto de procedimientos y procesos mediante los cuales el sujeto existe y se constituye. En los últimos años de su vida, Foucault se ocupa especialmente de desarrollar una historia de la subjetividad, que podemos definir como una historia de las relaciones entre el sujeto y la verdad o, “la manera en la que el sujeto hace la experiencia de sí mismo en un juego de verdad, un proceso por el que el sujeto se constituye y que podemos llamar la subjetivación” (Gabilondo, 1999, 16).

Nuestro autor se interesa, en concreto, por la inquietud de sí o el cuidado de sí en la filosofía antigua, sobre todo por aquello que él llama “técnicas de sí”. Estas técnicas de sí son formas en que el sujeto establece una relación consigo mismo y se modifica, se transforma, para alcanzar la verdad. Lo que a Foucault le interesa, específicamente, es hacer una historia de las experiencias que subyacen esta relación del sujeto consigo mismo a través del pensar mismo, de la reflexión, esas experiencias que realiza el propio sujeto al tornarse sobre sí mismo. En estas técnicas no se trata de adoptar sólo una actitud, sino que están constituidas fundamentalmente por una acción, una actividad, una labor, del sujeto sobre él mismo; del pensamiento sobre el propio pensamiento. Ejemplos de estas acciones son la lectura, la escritura, la escucha, el examen de conciencia o el diario.

Vemos cierta afinidad entre este planteamiento y el de Zambrano. Para ella el pensar es acción fundamental porque está al servicio de la vida: “la vida necesita del pensamiento porque no puede continuar en el estado en que espontáneamente se produce. No basta con nacer una vez y moverse en un mundo de instrumentos útiles (...) la vida humana reclama siempre ser transformada, estar continuamente convirtiéndose en contacto con ciertas verdades”. La esencia de estas verdades “no



es ser conocidas sino ser aceptadas”, lo que implica la penetración de esas verdades en el corazón humano.

De modo que la primera facultad humana implicada en esta transformación del sujeto es el sentir, para Zambrano éste es más fundamental, radical, que la razón, porque “el sentir nos constituye más que ninguna otra de las funciones psíquicas, diríase que las demás las tenemos, mientras que el sentir lo somos.” Y añade que “el signo supremo de veracidad, de verdad viva ha sido siempre el sentir; la fuente última de legitimidad de cuanto el hombre dice, hace o piensa”. De hecho el sentir originario es constitutivo del “punto de gravedad” del ser humano, donde el sujeto siente su propio peso, su propia condición.

3. Hipótesis

En conclusión, con la línea de investigación planteada trataríamos de profundizar con Zambrano en la relación entre sentir y pensar. Pensar la misma actividad del pensar como técnica de sí, mediante la cual se establece una relación consigo, y ver cómo la propuesta zambraniana pasa, mediante la razón poética, por un pensar que promueve, a través de la experiencia del pensamiento, una afectación en el sujeto en el plano del sentir y su consecuente transformación.

Si pretendemos hablar de una “apertura del sentir”, es porque el pensar, como acabamos de decir, promovería a través del pensamiento un movimiento en el sujeto. Si el pensar para Zambrano sirve para encauzar la vida, para “saber a qué atenerse”, como decía Ortega, el pensamiento zambraniano sugeriría a su vez un método, el de la razón poética, para salir de la soledad, para saciar esa ansia de comunicación, y profesar el sentir, que es amor: “abrirse y derramarse en aquello que se ama”. En definitiva, reestablecer el vínculo con lo real para salir de la soledad, la condición de exilio, de vacío, de la nada, para iniciar un movimiento del sentir y del sujeto a la par, en la configuración de su subjetividad, que nos llevase a “abrir un espacio vital antes cerrado”.



Bibliografía

- Gabilondo, A. (1999). Introducción. En M. Foucault. *Estética, ética y hermenéutica. Obras esenciales, vol. 3.* (A. Gabilondo, Ed.). Paidós.
- Gómez, M. (2011). Introducción. En M. Zambrano. *Claros del bosque.* Cátedra. Letras Hispánicas.
- Morey, M. (2021). *Monólogos de la bella durmiente: sobre María Zambrano.* Alianza Editorial.
- Revilla, C. (2008). La raíz fecundante de la vida. Impulso afectivo y sentir originario en la antropología de Max Scheler y María Zambrano. *Aurora: papeles del Seminario María Zambrano*, 9, 28-33.
- Zambrano, M. (2000). *Hacia un saber sobre el alma.* Alianza Editorial.
- ——— (2004). *La razón en la sombra. Antología crítica.* (J. Moreno Sanz, Ed.). Siruela.
- ——— (2016) *Filosofía y poesía.* Fondo de cultura económica.

AUTORES¹³M.^a ÁFRICA CRUZ GARCÍA

Psicóloga clínica y grupoanalista. Actualmente psicóloga adjunta en el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de Sants-Montjuic, de la Fundació Sanitaria Sant Pere Claver, Barcelona.

ELISA MARTÍN ORTEGA

Es escritora y profesora de literatura en la Facultad de Educación de la Universidad Autónoma de Madrid, donde desarrolla una labor investigadora centrada en las relaciones entre la cultura judía y la literatura hispánica, con un marcado interés por los estudios sefardíes, en la literatura infantil y la literatura escrita por mujeres. Licenciada en Filología, Psicología y Ciencias Políticas, es doctora en Humanidades por la Universidad Pompeu Fabra (2009), y entre 2009 y 2014 trabajó en el Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Desde 2012 publica un blog sobre la maternidad y la primera infancia.

MARÍA LUISA JOGA ELVIRA

Psiquiatra, jefe clínico de la Unidad Terapéutica Educativa Acompanya'm. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona. Responsable médico del *Institut de Diagnòstic, Atenció Psiquiàtrica i Psicologia* (IDAPP), Barcelona. Máster "Especialista en Psicoterapia, perspectiva integradora" (Universidad de Alcalá de Henares). Máster en Bioética (Esneca Business School).

MARIA RIBAS SIÑOL

Psicóloga Clínica. Coordinadora asistencial de la Unidad Terapéutica Educativa Acompanya'm. Hospital Sant Joan de Déu, Barcelona. Coordinadora Clínica de la

¹³ Por orden de aparición.



Unidad Terapéutica del Centro Educativo Els Til·lers. Parc Sanitari Sant Joan de Déu.

Grup SOM VIA

El Grup SOM VIA és un conjunt d'entitats amb valor social d'impacte directe amb les persones i generador de valor col·lectiu i més de vint-i-cinc anys d'experiència. En formen part la Fundació Viaclara, la Fundació Via Activa i la Fundació Via Assistencial, cadascuna d'elles adreçada a col·lectius específics, però cohesionades per un treball en comú i una capacitat de transformació traçada per posar a la mà de cada persona, cada necessitat i cada desig un model social innovador, sòlid i rigorós.

El nostre propòsit és promoure reptes, voluntats i il·lusions de vida a través d'espais i iniciatives compromeses amb les PERSONES i amb la transformació de l'entorn. Autoria col·lectiva per part de les persones voluntàries amb més de cinc anys de trajectòria al Programa Ments Despertes (persones amb diagnòstic) del Grup SOM VIA.

SERGIO RAMOS POZÓN

Profesor Lector. Escola d'Infermeria. Universitat de Barcelona. Doctor en Filosofia. Màster en Ciutadania i Drets Humans (Ètiques aplicades i Bioètica). Está especializado en bioética y salud mental. Ha publicado varios artículos sobre esta temática y ha publicado un libro monográfico sobre bioética. Miembro del Comité de Ética Asistencial del Hospital Universitario de Bellvitge.

BERNABÉ ROBLES DEL OLMO

Profesor Asociado de Bioética y Neurología. Universitat de Vic. Servicio de Neurología Hospital General del Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Máster Universitario en Bioética por la Universitat Ramon Llull. Miembro del Comitè de Bioètica de Catalunya y del Comitè de Ètica de la Universitat Politècnica de Catalunya. Miembro de la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos de Barcelona.



ANTONIO CASTILLA CEREZO

Licenciado en Filosofía y Ciencias de la Educación, así como Doctor en Filosofía, por la Universitat de Barcelona (UB). Ha sido profesor-investigador en la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ), colaborador docente en la Universitat Oberta de Catalunya (UOC) y profesor sustituto interino en la Universidad de Granada (UGR). Asimismo, ha coordinado los volúmenes colectivos titulados “Nietzsche o el espíritu de ligereza” (Madrid, Plaza y Valdés, 2006) y “La filosofía, el terror y lo siniestro” (Madrid, Plaza y Valdés, 2017), este último conjuntamente con Vicente Serrano Marín. También ha traducido obras de Vladimir Dimitrijevic y de Carlo Michaelstaedter, y es autor de los ensayos titulados *La condición sombría. Filosofía y terror* (Madrid, Plaza y Valdés, 2015), *La imagen-grito. Estudios sobre cine de terror* (Granada, Comares, 2018) y *Una extraña triangulación. Lenguaje, obra y literatura en Michel Foucault* (Granada, Comares, 2019). Actualmente es profesor lector de la Facultat de Filosofia de la Universitat de Barcelona.

BERTA SÁENZ ALMAZÁN

Graduada en Filosofía por la Universidad de Barcelona (Premio Extraordinario, 2017), obtuvo el Master en Filosofía Teórica y Práctica en la Universidad Nacional de Educación a Distancia (Diploma Honorífico, 2019). Desde el 2019, se forma como docente e investigadora gracias a un contrato predoctoral FPU en la Universidad de Barcelona y como miembro del grupo de investigación Aporia.

Bajo la supervisión de Josep Maria Esquirol, está centrando su investigación doctoral en el ámbito de la ética y la filosofía política, estudiando la relación entre la interdependencia y la responsabilidad como paradigma alternativo a la figura obsoleta del sujeto autónomo. Más allá de la academia, mantiene un fuerte interés por el pensamiento oriental y su elaborada tradición filosófica.

Desde 2020 es docente en el Campus La Salle de la Universidad Ramon Llull, donde imparte ética. Asimismo, ha colaborado puntualmente con la revista Ramon Llull Journal of Applied Ethics.



IRIA RODRÍGUEZ PÉREZ

Graduada en Estudios Ingleses (2017) por la Universidad de Barcelona, ha cursado un Máster en Filosofía Política (2019) en la Universidad Pompeu Fabra. En la actualidad, es investigadora predoctoral (contrato FPU) en el grupo Aporia de la Universidad de Barcelona, donde también imparte clases en el Grado en filosofía como parte de su formación como docente. Su proyecto de tesis, bajo la dirección del Dr. Josep Maria Esquirol, versa sobre el campo de la antropología filosófica y la ética contemporáneas; particularmente sobre la concepción de la mirada filosófica como cuidado de sí y orientación para la vida en la obra de María Zambrano.

Editado
en Barcelona
en marzo de 2023.

Aporia 

 UNIVERSITAT DE
BARCELONA

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