

VIII CONGRESO INTERNACIONAL DE BIOÉTICA
FILOSOFÍA Y SALUD MENTAL
COMUNICACIONES

23 y 24 de Noviembre de 2017

Edición a cargo de

Begoña Román, Josep Maria Esquirol y José Pujante



Editan:

Aporia  Grup de recerca
en Filosofia Contemporània,
Ètica i Política
www.aporia.cat

 **Sant Pere Claver**®
INSTITUT DOCENT-RECERCA
www.spcdocent.org

Edición a cargo de Begoña Román, Josep Maria Esquirol y José Pujante
Fecha de edición: Setiembre de 2019

ISBN: 978-84-09-15332-9



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

ÍNDICE

PRÓLOGO

Josep Maria Esquirol	1
----------------------	---

COMUNICACIONES

Alba Morán

SOBRE EL SUÍCIDIO, UNA VISIÓN DESDE LA FILOSOFÍA	2
--	---

MJ. Fernández, M^a Victoria Mazo, Judit García, Elena Serrano y Francista Zapater

CONSIDERACIONES SOBRE LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO DE LO PSICOPATOLÓGICO A LAS POLÍTICAS SOCIALES	16
--	----

Sergi Raventós

SUICIDIOS Y CRISIS ECONÓMICA ¿SE PUEDE ROMPER ESTA RELACIÓN? LA PROPUESTA DE UNA RENTA BÁSICA INCONDICIONAL	27
--	----

Francisco Villar, Mar Vila, Bernardo Sánchez

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN Y TRATAMIENTO A MENORES CON CONDUCTA SUICIDA EN EL HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU DE BARCELONA	38
---	----

Júlia Martín, Balma Soraya Hernández

PRESA DE DECISIONES ANTICIPADA (PDA) AMB ADOLESCENTS CONSTRUÏNT UN VINCLE AMB EL PACIENT DES DE LA PRIMERA VISITA	52
--	----

Oriol Molina

CONFIDENCIAS Y DESCONFIANZAS ENTRE PSIQUIATRÍA Y FILOSOFÍA	64
--	----

PRÓLOGO

Esta publicación recoge las comunicaciones presentadas en el VIII Congreso de Filosofía y Salud Mental, que tuvo lugar en la Universidad de Barcelona los días 23 y 24 de Noviembre de 2017. Los impulsores del Congreso son el grupo de investigación *Aporia* (de la Universidad de Barcelona) y el *Institut Docent-Recerca Sant Pere Claver*. El tema central, abordado desde distintas perspectivas, fue el del suicidio. En realidad, al tratar un tema como este, lo que ocurre es que se manifiesta la *necesidad* de abordarlo multidisciplinariamente si no se quiere caer en ridículos reduccionismos. ¿Cómo dejar de advertir aspectos patológicos en determinadas conductas suicidas? Pero, a la vez, ¿cómo prescindir de lo determinantes que son los contextos sociales de acogida y de integración (familiares, escolares, laborales...) o las circunstancias económicas? Y todavía más: ¿cómo no advertir en la mayoría de los casos el fondo inexplicable y abismal de la libertad humana?

El tratamiento multi e interdisciplinar requiere, sin embargo, de una actitud poco rígida también en otro sentido. En el de dar un paso atrás respecto a los saberes y las disciplinas constituidas. La posibilidad de que el diálogo entre psiquiatría, psicología y filosofía sea fructífero exige relativizar e incluso despojarse de lenguajes ya técnicos o de supuestas delimitaciones asumidas casi espontáneamente. Si se da el paso hacia atrás, uno ve muy pronto que la actitud médica y la actitud filosófica *básicas* coinciden: se trata del *cuidado* y de la *orientación* de la vida. Parte de la fecundidad del diálogo interdisciplinar tiene que ver con este retroceso hasta lo *básico*. Y justamente ahí es donde pretende situarse tanto la organización —a partir de ahora bianual— de este Congreso de Filosofía y Salud Mental, como el conjunto de proyectos que las dos instituciones mencionadas van a ir desplegando progresivamente en los próximos años; proyectos que, a tenor de las adhesiones y puertas que van abriéndose, prometen tener un alcance social más que notorio.

Josep Maria Esquirol

Coordinador del grupo Aporia

SOBRE EL SUÍCIDI, UNA VISIÓ DES DE LA FILOSOFIA

Alba Morán

Resum:

Part de la medicina psiquiàtrica de les últimes dècades sosté que el 90-95% dels suïcidis són la conseqüència indesitjada d'una malaltia mental. L'objectiu és argumentar que aquesta medicalització de la mort voluntària és reduccionista i, per tant, indesitjable per un abordament seriós i compromès de la temàtica. La preocupació subjacent és l'estigmatització de les persones que es lleven la vida. Es farà (1) un breu recorregut per l'evolució històrica del suïcidi i (2) algunes consideracions sobre els conceptes de vulnerabilitat, dependència i dolor moral com a dimensions de la condició humana, adreçades a oferir un humil contrapès a la visió monocromàtica del suïcidi.

Paraules clau: suïcidi; mort voluntària; medicalització; estigmatització; vulnerabilitat; dependència.

Abstract:

Part of the psychiatric medicine of the last decades maintains that 90-95% of the suicides are the undesired consequence of a mental illness. The objective is to argue that this medicalization of voluntary death is reductionist and, therefore, undesirable for a serious and committed approach to the issue. The underlying concern is the stigmatization of people who take their own lives. There will be (1) a brief tour of the historical evolution of suicide and (2) some considerations on the concepts of vulnerability, dependence and moral pain as dimensions of human condition, aimed at offering a humble counterweight to the monochromatic vision of suicide.

Keywords: suicide; voluntary death; medicalization; stigmatization; vulnerability; dependence.

1. Estat de la qüestió

Segons les últimes dades ofertes per la Organització Mundial de la Salut (OMS, 2015), al voltant de 800.000 persones es treuen la vida cada any, la qual cosa suposa la demolidora taxa de mortalitat “global” per suïcidi de 16 per 100.000, traduïble en una mort cada 40 segons. Aquestes xifres, no obstant, no inclouen els intents de suïcidi, que són fins a 20 vegades més freqüents que els casos de suïcidi consumat i s’alcen, amb diferència, com el factor individual de risc més important. En relació al gènere, s’ha constatat un major nombre de suïcidis duts a terme per homes que per dones (en proporció de 3 a 1) i més temptatives de suïcidi en dones que en homes (en proporció de 5 a 1). Així mateix, la OMS assenyala que en els últims 45 anys, les taxes de suïcidi han augmentat en un 60% a nivell mundial.

És impossible restar indiferent davant d’unes dades tan devastadores com aquestes i, més encara, si s’atén a la següent advertència de la OMS: «En todo el mundo es insuficiente la disponibilidad y calidad de los datos sobre el suicidio y los intentos de suicidio. Solo 60 Estados Miembros disponen de datos de registro civil de buena calidad que se pueden utilizar directamente para estimar tasas de suicidio» (OMS, 2015).

S’entén, atès el creixement continu i impetuós d’un fenomen que, malauradament, s’expandeix sense fi, que el suïcidi hagi passat a considerar-se un problema de salut pública, cosa que queda manifesta amb el sorgiment de nombroses entitats que tenen per finalitat seva prevenció. Entre elles, cal destacar l’Associació Internacional per a la Prevenció del Suïcidi (IASP) i la Fundació Americana per a la Prevenció del Suïcidi (AFSP) la qual ha instituït, des de 1998, una jornada per oferir ajuda als familiars de persones que han perdut la vida per aquesta causa, el Dia Internacional dels Supervivents del Suïcidi (ISSD). És interessant, així mateix, fer esment de la organització independent Després del Suïcidi. Associació de Supervivents (DSAS), creada el 2012 a Barcelona i encaminada, també, a l’auxili i recolzament d’aquells que *sobreviuen* al suïcidi d’una persona estimada. I, per descomptat, recordar l’enorme tasca que duu a terme la coneguda línia telefònica dels Samaritans, organització fundada l’any 1953 per Chad Varah i que té l’escolta atenta com el valor central: “*We don’t just hear you, we listen*”, n’és el lema.

2. Plantejament del problema

Com cal interpretar les dades presentades és quelcom controvertit. Una part significativa de la medicina psiquiàtrica de les últimes dècades suggereix que el 90-95% dels suïcidis compten amb una base patològica, afirmació, no obstant, oberta a polèmica dins la pròpia disciplina¹ i, naturalment, fora de la mateixa. Són d'aquesta opinió psiquiatres d'importantíssima reputació com ara John Mann (cap del departament de neurociència de la Universitat de Columbia) i Kay Redfield Jamison (catedràtica en psiquiatria a l'Escola de Medicina de la Universitat John Hopkins i experta en trastorns bipolars). En una entrevista que El País feu a John Mann el 5 de març de 2002, el psiquiatra assegurà que «Sin enfermedad mental es rarísimo que se produzca un acto suicida. En más del 90% de los casos consumados existe un trastorno mental diagnosticable» (Sánchez, 2002). També combreguen amb aquests enfocaments biològistes, per citar alguns exemples no americans, el Doctor Benedetto Saraceno (ex director del Departament de Salut Mental de la OMS) i Enrique Baca, (ex cap del Servei de Psiquiatria de la Fundació Jiménez Díaz), els punts de vista dels quals són transmesos amb eficàcia pels mitjans de comunicació.

Diem, amb Ramón Andrés (Andrés, 2015, p. 390) i prenent com a referència la seva meravellosament documentada *Història del Suïcidi a Occident*, que és cert que la història moderna de la mort voluntària ha tingut un abordatge obsessivament estadístic, centrat en l'exposició d'estudis sociològics i mèdics i en els plans de prevenció, cosa que ha donat lloc a una relació cada cop més freda amb el fenomen. Això respon, ens sembla, a la progressiva desvinculació del suïcidi de tota conducta racional i al rebuig de qualsevol plantejament que surti dels marges d'allò estrictament mèdic:

Así también, el suicida tiene ya su diagnóstico. Aquel que se siente impelido al suicidio, o sobrevive a él, se considera necesitado, como el emigrante y el recluso, como el drogodependiente y el maltratador, de un plan de reinserción y adaptación social. Pasa a ser, a un mismo tiempo, censo y recuento; tiene su índice y su diagrama en el mundo de los dislocados (Andrés, 2015, p. 191).

¹ L'exemple més punyent és la ferotge crítica que en fa Thomas Szasz (1920-2012), llicenciat en psiquiatria i professor emèrit a la Universitat de Siracusa, a *Fatal Freedom: The Ethics and Politics of Suicide*.

És incontestable que en el fenomen de la mort voluntària intervenen, tal com ho demostren els estudis pertinents², tant factors genètics i biològics com psicològics, sovint afavorits, aquests últims, per situacions socials complexes. És indiscutible, al seu torn, que un estat depressiu, i més encara si manca de seguiment i ajuda, pot comportar la catàstrofe. Res més lluny de les meves intencions, doncs, posar en dubte el que diuen els que en saben. No obstant, és fàcil estar d'acord amb l'amplitud de mires que expressen les següents paraules de Karl Jaspers (1883-1969):

Lo más sencillo parece ser admitir una «enfermedad mental»; en esto se ha ido tan lejos como considerar loco a todo suicida. [...] El suicidio no es la consecuencia de la enfermedad mental, como la fiebre lo es de la infección. En la vida puede intervenir, desde luego, el factor biológico, completamente incomprensible, de la enfermedad, pero sólo por conexiones espirituales desarrolladas sobre el suelo de la enfermedad se origina el suicidio en algunos, no en todos los enfermos. [...] Quien ha visto en su proximidad un suicidio advierte [...] que *el hecho no es concebible tan sólo por un único motivo. Siempre subsiste al final un misterio. Pero no ha de ponerse, por eso, un límite al esfuerzo de aprehender todo lo que empíricamente se pueda afirmar y conocer* (Jaspers, 1959, p. 188-189).

Així doncs, insistim, aquí no es pretén menystenir “lo que empíricamente se pueda afirmar y conocer”, sinó oferir un humil contrapès a la visió monocromàtica del suïcidi. El fenomen de la mort voluntària és una «[...] oscuridad que nunca podrá ser iluminada por completo» (Améry, 1999, p. 14), de forma que una lectura que situï el vastíssim espectre de persones que han mort per aquesta causa sota una única categoria es fa indesitjable per un abordament seriós i compromès de la temàtica. Entendre així les coses, contribueix a estigmatitzar, encara més, una situació límit que acompanya l'home des de l'aurora dels temps i en tots els racons del planeta. La medicina, com també l'especulació filosòfica, és limitada a l'hora de discernir sobre aquest fet, de trama complexíssima.

² S'ha arribat a saber, gràcies a F.G. Graeff i altres investigadors notables, que l'incorrecte funcionament d'un neurotransmissor com, per exemple, la serotonina, és determinant de la conducta humana. Jeffrey Alan Gray, tenint com a referència els estudis de Graeff, revelà que els mecanismes serotoninèrgics inhibeixen la conducta agressiva. Als anàlisis duts a terme en delinqüents d'especial violència i agressivitat, apareixen baixos nivells de líquid cefaloraquídi (CSF) de l'àcid 5-hidroxiindolacètic (5-HIAA) -el principal metabòlit de la serotonina-. El mateix ocorre amb el material cerebral d'alguns suïcides, investigat *post-mortem* amb tècniques de neuroimatge: s'ha trobat una reducció de l'acoblament del tiriat de imipramina als receptors del còrtex prefrontal, acoblament que s'associa al mecanisme de captació de la serotonina (Gray, 1993, p. 299-301).

3. Terminologia i estigmatització, suïcidi en tant que concepte

L'enutjós terme que titula aquest monogràfic, emprat per referir una realitat igualment incòmoda, té un sorgiment relativament tardà. 'Suïcidi', substantiu procedent de les arrels llatines *sui* ('de si mateix') i *cadere* ('matar') apareix escrit per primer cop a l'obra *Religio medici* (1642) de Thomas Browne (Browne, 2002, cap. XLIV), essent, per tant, un neologisme de l'Anglaterra del segle XVII. Segons afirmen Thomas Szasz (Szasz, 2002, p. 21-25) i Ramón Andrés (Andrés, 2015, p. 42), entre altres, si es té en compte el sentit del sufix '-cidi', agregat a les paraules amb el significat de mort violenta (homicidi, parricidi, deïcidi, genocidi, infanticidi, lingüicidi, etc.), és fàcil adonar-se que el terme 'suïcidi' no només denota sinó que també connota. S'empra, en aquest sentit, per expressar dues idees alhora: d'una banda, per descriure una forma de morir (llevar-se la vida) i, de l'altra, per condemnar l'acció com quelcom reprovable i punible (qualificant-la de pecaminosa, criminal, irracional, injustificada, etc.). Darrere la paraula 'suïcidi', doncs, s'amaga un sentit moral i ideològic insondable.

A partir de la seva aparició a l'obra de Browne, '*suicide*' resultà una veu relativament corrent i al 1653 fou recollida per l'*Oxford English Dictionary*. Malgrat la seva propagació, però, comptà amb una lenta implantació al seu país d'origen i, més encara, a altres territoris (com, per exemple, a Espanya, on el vocable no fou oficialment acceptat fins la cinquena edició del *Diccionario de la Real Academia Española*, l'any 1817); cap llengua europea comptava amb un substantiu específic per referir-s'hi i el més comú era recórrer a les fórmules existents i ben sedimentades des del Món Antic.

D'entre les múltiples expressions que el grec clàssic disposava per referir-se al suïcidi ('prendre possessió de la mort', 'atrapar la mort', 'finalitzar la vida', etc.) la més estesa era la perífrasi '*autocheír*' (*autos*, 'un mateix' i *cheír*, 'mà'), que venia a significar 'actuar per pròpia mà'. El vocable llatí *sponte sua* o 'per voluntat pròpia' recollia l'herència grega i sembla que cal situar al *De Senectute* (44 a.C.)³ de Ciceró la primera aparició de l'expressió '*mors voluntaria*', tal com s'ha conservat fins avui. El pas d'emprar un verb a emprar un substantiu, per a referir-se a la mort causada per un mateix, argumenta Szasz, és indicatiu d'una gran migració ideològica:

Mientras el autoasesinato fue considerado una acción, el lenguaje sólo dispuso de verbos para referirse a él. Ausente la palabra "suicidio", la gente consideraba al suicida

³ «[...] *qui ad voluntariam mortem cursum equorum incitaverunt*». CICERÓ, *De senectute*, XX, 75.

un sujeto moral, responsable de su decisión. Por el contrario, ahora pensamos que el suicidio es un suceso o un resultado, lo atribuimos a una enfermedad mental y vemos al sujeto como una víctima (“paciente”) (Szasz, 2002, p. 24).

En efecte, ‘actuar per pròpia mà’ és un circumloqui que no s’ajusta a la interpretació contemporània del fenomen del suïcidi ja que implica planificació i autodeterminació, característiques que la malaltia mental, en tant que *causant* de la mort, invalida.

En qualsevol cas, una cosa és clara: mentre només es disposi de paraules condemnatòries per descriure una acció, no es podrà abordar críticament el que es descriu mitjançant aquestes expressions. No només el terme ‘suïcidi’ és reprovatori, sinó també el verb que tot sovint l’acompanya, a saber, ‘cometre’. Molt més freqüent en la seva versió anglesa (*‘commit suicide’*), però també usual en les versions catalana i castellana, ‘cometre’ es defineix com “fer una acció reprensible”. Si llenguatge i pensament guarden una estreta relació, no és en absolut innocu parlar de l’acte de donar-se mort en aquests termes. Convé no oblidar que la paràlisi lingüística comporta paràlisi en el pensament i parar esment en la perillosa connotació del terme ‘suïcidi’ per veure que «No podremos enfrentarnos de una manera racional a estas cuestiones o a otras parecidas mientras sigamos confundiendo sistemáticamente hechos y juicios, descripciones y evaluaciones» (Szasz, 2002, p. 21).

4. Medicalització i estigmatització, suïcidi en tant que fenomen

L’estigmatització del suïcidi no és només, naturalment, una qüestió lingüística, sinó més aviat a la inversa: la connotació condemnatòria del concepte és el resultat d’una crua i llarguíssima reprovació del fenomen, que es traduí en les més cruels ofensives i els càstigs més provocadors, sovint patits pels familiars de qui havia *comès* suïcidi. A la monumental *Història del suïcidi* de Ramón Andrés pot resseguir-se minuciosament el sinuós camí del fenomen de la mort voluntària a Occident i és oportú que sigui ell mateix qui ens la presenti en el marc d’aquest congrés.

Si s’ha fet aquest recorregut és perquè s’està plenament d’acord amb la següent afirmació de Szasz: «Antes de que podamos desestigmatizar el suicidio –asumiendo que sea esto lo que queremos–, debemos reconocer que suicidarse es aún una acción tremendamente estigmatizada» (Szasz, 2002, p. 59). Cosa amb la qual està plenament d’acord la OMS, que declara que «El estigma, particularmente en torno a los trastornos mentales y el suicidio, disuade de buscar ayuda a muchas personas que piensan en

quitarse la vida o han tratado de hacerlo y, por lo tanto, no reciben la ayuda que necesitan» (OMS, 2015).

5. Anar contra la vida

Darrere la interpretació biologista del fenomen del suïcidi hi ha una premissa oculta, a saber, que la vida és el valor suprem. En efecte, s'insinua que ningú en els seus cabals atemptaria contra la pròpia vida, ja que aquesta és el més alt dels valors i, per tant, allò a què tot ésser (mentalment estable) tendeix. Sense entrar en la discussió relativa a si és plausible que existeixi un impuls d'autodestrucció (en l'home i/o en altres organismes vius), val la pena fer algunes consideracions sobre la vida entesa com a valor suprem.

En una primera aproximació preteòrica, pot ésser temptador argumentar que el suïcida, com a mínim en el moment d'*autocheír*, té una jerarquia de valors diferent a la que s'acaba de proposar, en la qual el valor vida es veu desplaçat en favor d'algun altre valor o, dit altrament, que la premissa segons la qual la vida és el bé suprem no serveix per al suïcida i que, per tant, no se l'hauria de jutjar amb aquests paràmetres. No obstant, pensar així vindria a desenfocar les coses. Kant tenia raó quan, amb l'objectiu d'argumentar en contra del suïcidi, deia que la vida és font d'actes morals i, per tant, irrenunciable (Kant, 1998, p. 194-195). En efecte, la vida és la condició de possibilitat dels actes morals i de qualsevol altra activitat humana. D'aquesta manera, pretendre que la vida no sigui el valor suprem és un judici insensat i contradictori perquè, sense ella, cap altre valor és possible, cosa que no passà desapercebuda a Jean Améry, que digué: «Sólo puede haber bienes en la vida, no en la fútil nada de la muerte, y por tanto la vida debe ser el primero, el último, el más profundo y el más alto de estos bienes» (Améry, 1999, p. 25). La mateixa argumentació serviria per combatre la idea segons la qual l'acte suïcida és una fugida del patiment en cerca de la pau ja que la pau és quelcom que només pot experimentar-se en vida.

Pel que s'acaba d'argüir, apel·lar a una diferent jerarquia de valors com a explicació de l'acte suïcida té quelcom de *naïve*: la vida, en tant que font d'activitat, en tant que condició de possibilitat de la realització de qualsevol altre valor, és el bé suprem⁴, fins i tot per al suïcida, qui, paradoxalment, se la lleva. Fins aquí, res a objectar a l'explicació biologista sobre la mort (in)voluntària. Ara bé, la dificultat lògica que suposa la

⁴ A menys que es tinguin creences espirituals o religioses que apuntin a una altra vida, *posterior* i *superior* a la vida terrenal (en aquest cas, podria haver-hi valors que l'individu concebés realitzables *post-mortem*).

conducta suïcida, es defensa, no té per què involucrar (tot i que naturalment podria fer-ho) un trastorn mental; aquesta és una conclusió que sembla precipitada, per les raons que segueixen:

En primer lloc, perquè els éssers humans, pateixin o no una malaltia mental, *no sempre* actuen de forma racional. Ben conscients d'aquest fet, els filòsofs⁵ han hagut d'inventar el circumloqui "subjecte perfectament racional", una abstracció conceptual de què se serveixen a l'hora de plantejar experiments mentals o en la resolució de problemes filosòfics i que refereix a un subjecte que es comporta racionalment, essent capaç de processar adequadament la informació que coneix i actuar en conseqüència. Incoherències en el comportament, doncs, *no sempre* (ni tan sols sovint) són desvetlladores de processos patològics perquè les errates racionals no són específiques del malalt (tot i que, possiblement, la malaltia les incrementi), sinó que són pròpies de l'home. Així, que sigui lògicament insostenible pensar en la mort com un alleujament, com «una nada que no concede en absoluto aquel alivio dulce que conoce cualquiera a quien hayan dado una euforizante inyección de morfina» (Améry, 1999, p. 26), no diu gaire més que això: que és lògicament insostenible.

En segon lloc, perquè les dades amb què es treballa són, com es pot llegir més amunt en l'advertència de la OMS, insuficients i de qualitat dubtosa. Deixant de banda, perquè són inevitables i conegudes, les limitacions inherents a l'estadística (que mai no podrà aportar certesa apodíctica), és ben sabut que disposar d'una mostra de qualitat és una condició indispensable per a un estudi rigorós. I passa que:

La calidad insuficiente de los datos sobre mortalidad no es un problema exclusivo del suicidio, pero dada la sensibilidad de este fenómeno y la ilegalidad de las conductas suicidas en algunos países es probable que la subnotificación y la clasificación errónea de casos sea un problema más significativo en lo que respecta al suicidio que a otras causas de defunción (OMS, 2015).

Si un psiquiatra està tractant un pacient que té una malaltia mental diagnosticada i aquest, quan ja no pot suportar més el dolor, diu prou i es lleva la vida, que el psiquiatra constati la coexistència del trastorn mental en el moment de la mort no té res de

⁵ Sobretot els fills de la filosofia analítica, d'una banda, i els filòsofs de l'economia, de l'altra. Aquests últims empenen el concepte "*homo economicus*" per referir-se a aquell *homo* abstracte que a) maximitza les seves opcions, b) és perfectament racional en la presa de decisions i c) és egoista en el seu comportament. La racionalitat de la teoria econòmica descansa sobre els trets calculadors d'aquest model d'individu, que actua de forma híper racional a l'hora d'escollir entre diverses possibilitats.

sorprenent. Si un psiquiatra no sap res d'una persona que s'ha donat mort, perquè aquesta persona mai no demanà ajuda (o mai no va saber on i com demanar-la), que el psiquiatra assegurí, amb un 95% de probabilitat, que la persona actuà des de malaltia mental, és una imprudència. "Les seves afirmacions es basen en estudis empírics", podria retreure's. En efecte, però l'empíria amb què treballa és significativament insuficient i, per tant, la conclusió precipitada, es contestarà. Els estudis *post-mortem* del cervell a partir de tècniques de neuroimatge, per exemple, que semblen poder aportar informació rellevant⁶, es podran fer només sobre uns pocs cossos, als que es tingui accés, del prop d'un milió (com a mínim) de cadàvers anuals per aquesta causa. Des d'on es generalitza, a quasi bé el total de l'espectre de persones que acabaren amb la pròpia vida, que eren víctimes d'una malaltia mental, que *se'ls emportà*?

Això últim permet enllaçar amb el tercer i darrer dels arguments que es volen presentar, però, per a veure'l, caldrà esperar encara una mica; tot seguit es presenten les eines que serviran per comprendre'l en la seva completesa.

6. Vulnerabilitat i dolor moral, dimensions d'allò humà

F. Nietzsche titulava la primera part de *Sobre veritat i mentida en sentit extramoral* (1873) amb el vers següent: «La condició humana: efímera irrellevància de l'animal cognitiu en el cosmos» (Nietzsche, 2001, p. 135). Si bé és cert que el filòsof del martell l'emprava a mode de crítica acerba contra l'antropocentrisme de què l'ésser humà fa gala, les seves paraules revelen alhora una realitat paorosa, despullen l'home i el col·loquen davant del mirall que haurà de mostrar-li el seu fons més pregó: la fragilitat i indefensió humanes.

Des de la *Ethics of care* s'han reivindicat amb valentia i solvència les dimensions de vulnerabilitat i dependència humanes, sistemàticament oblidades per la història de la filosofia, que s'ha centrat exclusivament en el principi de racionalitat i els valors que hi van associats. Repensar la subjectivitat es fa imprescindible per pal·liar aquest plantejament tan reductiblement racionalista, cosa per a la qual es proposa, entre altres modificacions, el pas d'un model atòmic a un model relacional del jo. Mentre que el primer considera la subjectivitat en la seva plena solitud (un jo entotsolat, madur i independent) el model relacional planteja el jo en relacions d'interdependència amb altres jo's, lectura que permet encabir la dependència (pròpia, sobretot, de les etapes

⁶ Vid. nota 11.

d'infantesa i vellesa) i la vulnerabilitat, (fidel acompanyant de l'home, al llarg de tota la seva vida). Amb aquest teló de fons, és difícil mantenir la imatge d'home en els termes plantejats pel *cogito* cartesià, *id est*, la d'un subjecte plenament conscient de si mateix, autocentrat, fundador, sobirà i constituent i proveïdor de certeses. L'home ja no és només un "animal racional", sinó, més aviat, un "animal racional dependent"; oblidar la seva dimensió de fragilitat equival a manifestar una profunda ignorància de la condició humana, fer-se cec davant d'aquest *pulvis et umbra* horacià.

Es deia, unes pàgines més amunt, que la vida és el valor suprem també per a qui se la lleva. És pertinent preguntar-se, atesa la complexitat i el desconcert que planteja un problema com aquest, què s'entén per vida. Si hom se situa en un pla factual (no es pretén, en absolut, fer cap fonamentació de què sigui la vida), s'adonarà fàcilment, només atenent al llenguatge quotidià, del fet que quan es parla de vida, s'hi atribueixen moltes coses que transcendeixen la mera vida biològica: es diu 'Això és vida!' (com si, sense "allò", la vida no ho acabés de ser del tot) o 'Era un mort en vida' (com si, malgrat fer adequadament les funcions vitals de nutrició, relació i reproducció, encara manqués alguna cosa). Sembla, doncs, que s'identifiquen dos sentits en l'estar viu, el primer dels quals (la vida biològica) és condició de possibilitat del segon, la Vida en majúscules o vida *apropiada*, vida amb què l'home es realitza, on el jo és pròpiament un jo (interconnectat amb els altres); en poques paraules: la vida que té valor i, com a tal, vida *stricto sensu*. Així doncs, *estar viu*₍₁₎ és una condició necessària però no suficient per *estar viu*₍₂₎. I què sigui la Vida en majúscules, és quelcom que només pot decidir cada individu, des de la més profunda intimitat on el jo entronca amb el seu nucli essencial -intersubjectiu-, amb una certesa i clarividència que només poden ser subjectives.

Que l'home sigui vulnerable, fràgil i depenent i que la seva vida sigui concebible en el doble sentit que s'acaba d'examinar (doble sentit que, per cert, és específicament humà) l'exposa, de manera indefugible, a un patiment que va més enllà d'allò físic, a saber, el que s'ha anomenat dolor moral. El dolor moral sobrevé al subjecte quan aquest veu anul·lades (o les interpreta com a tal) les possibilitats de realitzar-se com a ésser, segons el seu pla de vida inalienable, de qual ningú pot tenir res a dir. El dolor moral sobrevé «cuando el sufrimiento físico y las exigencias del mundo son tan aniquiladoras que no puedo seguir siendo el que soy» (Jaspers, 1959, p. 196). La possibilitat que la vida₍₁₎ pugui deixar de ser Vida₍₂₎, obre una esquerda que ja no es tornarà a tancar, deixa

l'home despullat a la intempèrie. Com ha assenyalat agudament Ramón Andrés (Andrés, 2015, p. 363), el dolor moral és quelcom tan intrínsecament humà que no posseeix cronologia, excedeix tota època i temps, ja que el fons humà, emmascarat pels canvis de mentalitat, és una constant:

[...] el malestar y la *desperatio* son consustanciales al ser humano y nada, y acaso todavía menos la razón –o tal vez por ella misma– puede remediar. Una historia del suicidio no es más que una historia del dolor, o mejor dicho, una historia individual y social del dolor, poner boca arriba las cartas de nuestra fragilidad, desde la que, pese a todo, tratamos de dar sentido al devenir del mundo (Andrés, 2015, p. 363).

I és precisament aquí, en aquest “posar sobre la taula les cartes de la nostra fragilitat”, on entronca el tercer argument contra l'explicació biològica del suïcidi, anticipat unes pàgines més amunt:

Si bé és inqüestionable que el dolor moral, tot i que no s'hi confon, pot anar acompanyat de, i ésser propiciat per, una malaltia mental (que possiblement l'intensifica) també és cert que, ell mateix i per si sol, pot conduir a la temuda, desconcertant, monstruosa i tanmateix tan humana, idea de la mort voluntària, a un *dir prou* davant d'un conflicte que es viu o s'interpreta com a irresoluble: «En todas las épocas y lugares [...] la indefensión de sus habitantes es una sombra que alarga y estimula el sentimiento de derrota, una sorda intranquilidad que despierta la idea de la determinación final, de la autodestrucción» (Andrés, 2015, p. 406). És concebible, per més que admetre-ho resulti colpidor, que algú es llevi la vida sense estar *alienat* i que la seva mort sigui, per tant, estrictament *voluntària*. És ell qui “aixeca la mà sobre si mateix”, qui diu *mai més* «allí donde la dignidad y la libertad condenan la vida para la muerte, la vida en el *échec*, que es contra-natura y que es un insulto a la existencia» (Améry, 1999, p. 68). No és possible, ni creïble, que *totes* les 800.000 persones que moren anualment per aquesta causa estiguin *alienades* per una malaltia. Els passa (a algunes o moltes) que s'han vist *expropiades* del més preuat dels béns: la possibilitat de ser, a més d'éssers vius, persones.

Conclusió

Les investigacions mèdiques sobre el suïcidi, així com el sorgiment de nombroses entitats que treballen durament per a pal·liar-lo, són indicatives d'una presa de consciència institucional de la importància de fer front a un fenomen que anualment té com a resultat la mort de prop d'un milió de persones. Morir per pròpia mà ha estat un fet brutalment reprovat (i penalitzat) al llarg de la història, cosa que ha deixat petjada en la terminologia que s'empra per designar-lo, en la qual hi ha implícita una condemna, avui més tímida però igualment lacerant. La medicalització del suïcidi, entès com la conseqüència indesitjada d'una malaltia mental en un 95% dels casos, peca de reduccionisme perquè menysté que la vulnerabilitat i la indigència són dimensions d'allò humà. *Només l'home* pot sentir dolor moral però, *ahora, tot home* pot sentir-lo. *Algunes* persones viuen i interpreten aquest dolor com irresoluble, cosa que les duu a la idea de la determinació final, sense que tingui per què intervenir-hi (tot i poder-ho fer) una malaltia mental que alieni la seva decisió. Tenint present l'obscur passat de la disciplina psiquiàtrica, una estratègia explicativa que situï pràcticament totes les persones que se suïciden sota la categoria de la malaltia mental (basant-se en una mostra insuficient i de qualitat dubtosa) no fa sinó estigmatitzar, tot i que en uns altres termes, un fenomen que no aconsegueix esborrar la creu que arrossega. «¿No se dice, acaso, tengo una opresión en el pecho, *j'ai le cœur lourd*? ¿Son necesarios todavía los motivos psicológicos? Ciertamente. Pero éstos no son sino máscaras tras las cuales se ocultan los hechos primordiales de la existencia» (Améry, 1999, p. 131).

Bibliografía

- AMÉRY, Jean, 1999, *Levantar la mano sobre uno mismo. Discurso sobre la muerte voluntaria*, trad. Marisa Siguan i Eduardo Aznar, València: *Pre-textos*.
- ANDRÉS, Ramón, 2015, *Semper dolens. Historia del suicidio en Occidente*, Barcelona: *Acantilado*.
- BROWNE, Thomas, 2002, *La religión de un médico*, trad. Javier Marías, Madrid: *Reino de Redonda*.
- CICERÓ, *De senectute*, XX, 75.
- COHEN, Diana, (2000), «El suicidio, ¿condena o defensa? Los argumentos filosóficos en torno de la muerte voluntaria», *Agora*, 19(2), pp. 107-126.
- GRAY, Jeffrey Alan, 1993, *La psicología del miedo y el estrés*, trad. César Ávila, Rosa M^a Escorihuela, Pedro Jiménez i Rosario Sánchez, Barcelona: *Labor*.
- JASPERS, Karl, 1959, *Filosofía, II*, «Aclaración de la “existencia”», trad. Fernando Vela, Sant Joan de Puerto Rico: *Ediciones de la Universidad de Puerto Rico*.
- KANT, Immanuel, 1998, *Lecciones de Ética*. «Del suicidio», trad. Roberto Rodríguez y Concha Roldán, Barcelona: *Crítica*.
- NIETZSCHE, Friedrich, 2001, *Llibre de sentències; Sobre veritat i mentida en sentit extramoral*, trad. Joan B. Llinares, València: *7 i Mig editorial de poesia*.
- OMS, 2015, Nota descriptiva sobre el suicidio, *Organización Mundial de la Salud*. Recuperat de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>
- SÁNCHEZ, Mayka, 5 de març de 2002, Entrevista: John Mann, experto en el estudio del suicidio, *El País*. Recuperat de:
http://elpais.com/diario/2002/03/05/salud/1015282808_850215.html
- SZASZ, Thomas, 2002, *Libertad Fatal. Ética y política del suicidio*, trad. Francisco Beltrán Adell, Barcelona: *Paidós*.

Sobre l'autora:

Alba Morán Córdoba és investigadora del grup de recerca consolidat APORIA (Grup de Recerca en Filosofia contemporània, Ètica i Política) de la Universitat de Barcelona, en el marc del qual desenvolupa projectes sobre ètica aplicada. Es va graduar en Filosofia l'any 2017 i tot seguit va cursar el Màster de Formació del Professorat d'Educació Secundària Obligatòria i Batxillerat, Formació Professional i Ensenyament d'Idiomes.

CONSIDERACIONES SOBRE LA PREVENCIÓN DEL SUICIDIO DE LO PSICOPATOLÓGICO A LAS POLÍTICAS SOCIALES

MJ. Fernández, M^a Victoria Mazo, Judit García, Elena Serrano y Francesca Zapater

Resumen:

Las conductas suicidas han estado presentes a lo largo de la historia de la humanidad. Desde la segunda mitad del siglo XIX la orientación dominante para comprender el fenómeno y los factores causantes ha sido la proporcionada por la psiquiatría biologicista. La tendencia es transformar las causas sociales en personales, atribuir el padecimiento psicológico a causas biológicas y medicalizar el sufrimiento social. Una orientación integral para la prevención del suicidio debería recuperar nuevas narrativas individuales y colectivas, marcos de actuación comunitarios y políticas públicas que disminuyan las desigualdades sociales y el sufrimiento causado por las condiciones de vida y de trabajo.

Palabras clave: Suicidio, crisis, prevención, política, medicalización, salud mental.

Abstract:

Suicidal behaviors have been present throughout the history of humanity. Since the second half of the 19th century, the dominant orientation to understand the phenomenon and the causal factors has been that given by biologicist psychiatry. The tendency is to transform social causes into personal causes, attribute psychological suffering to biological causes and medicalize social suffering. A comprehensive orientation for the prevention of suicide should recover new individual and collective narratives, community action frameworks and public policies that reduce social inequalities and the suffering caused by living and working conditions.

Keywords: Suicide, crisis, prevention, politics, medicalization, mental health.

La muerte voluntaria ha estado presente en toda la historia de la humanidad, desde el mundo antiguo hasta nuestros días. Ha sido motivo de estudio y centro de interés de pensadores de diferentes disciplinas que se han adentrado en la búsqueda de explicaciones de este hecho. El suicidio ha sido también el protagonista de muchas obras de arte y de la literatura de todos los tiempos. Cada época histórica ha ofrecido su interpretación de las conductas suicidas, otorgándoles un significado en función del marco social, político y cultural en que se producían. Ha afectado y afecta a todas las clases sociales, a todos los ámbitos geográficos y a personas con diferente formación intelectual. Un elemento común de las diversas épocas y miradas ha sido considerar que la muerte voluntaria expresa la respuesta humana a situaciones de desesperación, desamparo, sufrimiento, falta de sentido de la vida o falta de esperanza. La búsqueda de la felicidad, el ejercicio de la autonomía personal o la expresión máxima de la libertad se han referido como motivaciones de las personas que han acabado de manera voluntaria con su vida. Todas las sociedades occidentales, con mayor o menor fuerza, han rechazado las conductas suicidas y hasta hace poco se ha castigado a sus protagonistas y a sus familiares. En el siglo XVIII, con la Ilustración y el incipiente desarrollo del pensamiento científico se comienza a buscar una explicación fisiopatológica del suicidio con la teoría de los humores; en concreto se atribuía la causa a la presencia de la bilis negra. Pero fue durante el siglo XIX que la medicina se encargó de otorgar una alteración mental a las personas con conductas suicidas. En nuestro entorno, el psiquiatra Pere Mata fue un buen representante de esta tendencia positivista al defender que el trastorno mental es la causa principal del suicidio. Aunque en los registros oficiales de la segunda mitad del siglo XIX se recoge que solo el 32% de los suicidios son causados por enfermedad mental, la medicina y la psiquiatría insistieron en que hay una base patológica en el 90% de los casos. Esta visión se acentúa durante el siglo XX con el desarrollo de la psiquiatría biologicista y de la psicofarmacología. Según esta visión, el sufrimiento psicológico y moral y el desequilibrio emocional se transforman en enfermedades. Los «síntomas depresivos» como el desánimo o la falta de esperanza reactivos a situaciones de desamparo y de dificultades para sobrevivir, que constituyen reacciones propias de los humanos, se interpretan como reacciones patológicas. Frente a las visiones médicas, tenemos las teorías sociológicas, que destacan los factores sociales como causa principal del suicidio. El autor más representativo es el sociólogo Émile Durkheim, según el cual cuando la sociedad fracasa en regular las condiciones de vida para un buen desarrollo de las personas, las

lleva al fracaso y alimenta conductas autodestructivas. Las sociedades industriales que fomentan el individualismo y enaltecen el bienestar y el consumo no aseguran que todo el mundo pueda llegar a las metas que se le plantean. Durkheim entiende el suicidio como una respuesta a la rotura de los lazos entre individuo y sociedad, como un acto para salvar el honor perdido, o como una manera de enfrentar con la propia muerte las normas impuestas por la sociedad. En la medida en que no se consideran las causas sociales, la enfermedad llega a ser la coartada de una sociedad injusta que lleva a sus miembros a la muerte como respuesta al fracaso personal y social y a la falta de alternativas para una vida que se le había prometido llena de éxito y progreso. Una paradoja de la medicina de nuestro tiempo es el hecho que el elevado consumo de antidepresivos de las últimas décadas no ha conseguido disminuir la prevalencia de la depresión ni la tasa de suicidios. Esta realidad pone de relieve las limitaciones del abordaje de la depresión y del suicidio que se hace desde la psiquiatría actual.

Una mirada atenta a la epidemiología nos sugiere que tanto los condicionantes como las políticas sociales pueden jugar un papel determinante. Así lo indican las cifras cuando se han estudiado en países que han pasado por recesiones económicas como la antigua Unión Soviética en los años 90, o los casos más recientes de Grecia y el Estado Español. Según la información facilitada por el Instituto Nacional de Estadística en España las tasas de suicidios han experimentado un incremento, pasando de 7,6 por 100.000 habitantes en 2012, a 8,4 en 2014. En el Tercer Informe del Observatori de Salut de Catalunya se recogen cifras similares y se destaca un claro gradiente social, sobre todo en los hombres. La tasa es el doble en los hombres que no trabajan y es también mayor en aquellos que trabajan y ganan menos de 18.000 euros/año. Conviene destacar que tanto los estudios primarios y las revisiones cuantitativas como los estudios basados en narrativas, nos señalan que el suicidio se incrementa en las personas en condiciones socioeconómicas desfavorables. Un reciente artículo que estudia la mortalidad por suicidio en Barcelona y Euskadi y su relación con el nivel educativo muestra que el suicidio aumenta cuando el nivel académico baja y esta asociación es muy clara y consistente en los hombres, especialmente en los hombres en edad laboral. Las noticias y registros de suicidios directamente relacionados con desahucios y ejecuciones hipotecarias, despidos y otras situaciones de estrés debidas a la recesión, nos sitúan delante de muertes atribuibles a la crisis y evitables. En este sentido es interesante escuchar las narrativas de personas afectadas por la recesión económica. El estudio cualitativo realizado por el Observatori de Salut Mental de Catalunya, publicado

en 2012, pone de manifiesto relatos en los que predominan referencias a la pérdida de control sobre la propia vida, a la desesperación y sentimientos de inutilidad y a la ideación de muerte. Hablan de los pensamientos y las vivencias de desesperanza y de la inutilidad de sus esfuerzos personales para resolver el problema. Tanto la antigua Unión Soviética como nuestro país y Grecia se caracterizan por haber aplicado restricciones importantes en los programas públicos de protección social durante las recesiones económicas. Se sabe también que la mortalidad por suicidio en épocas de crisis se puede contrarrestar con medidas de protección social y políticas de trabajo. Así, en Finlandia en la crisis de los años 1990-93 el paro subió hasta el 16,5% (de 3,2%) y no aumentaron los suicidios. Ello contrasta con lo ocurrido en Rusia en los mismos años donde la mortalidad por suicidio aumentó significativamente. Un ejemplo más de lo anterior es la comparación realizada entre España y Suecia en la asociación entre tasa de paro y tasa de suicidio entre 1980 y 2005. Mientras que en España se observa una clara asociación entre paro y suicidios y estos aumentan al aumentar el tiempo de paro, en Suecia no se produce esta asociación. Los datos de la Unión Europea indican que el aumento de desempleo no incrementa el suicidio cuando se gastan en programas sociales más de 190 dólares por persona y año. La misma hipótesis se plantea desde el sentido opuesto al encontrar una asociación entre el incremento del suicidio y la reducción del gasto en políticas sociales. En el Estado Español en 2014 se produjeron 3910 muertes por esta causa (2938 hombres y 972 mujeres). En 2015 se observó un leve descenso, en total 3690. Se constatan diferencias por género y por edad. La franja de edad donde las tasas son más elevadas es en las personas mayores de 75 años y aumentan considerablemente a partir de los 85, más en los hombres. No obstante, la franja de edad que aporta más número de muertos al total de muertes por suicidio es la de los hombres en edad laboral, en especial de 40 a 65 años. Asimismo y a pesar de representar un número relativamente pequeño de muertos, conviene destacar que el suicidio es la tercera causa de muerte en los jóvenes de entre 15 y 29 años (310 niños o jóvenes menores de 30 años en 2013). El fenómeno suicida incluye los intentos no consumados. También las tasas de hospitalización por intento de suicidio han aumentado significativamente en el período 2005-2012, tanto en hombres como en mujeres. La edad más afectada es a partir de los 44 años y más a partir de los 65 años con un claro predominio de mujeres.

La prevención del suicidio se empezó a plantear a partir de que la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2004, lo declarara un problema de salud pública y fijara los criterios básicos de las estrategias preventivas. Se trata, en efecto, de un problema de

salud pública por el que cada año mueren en el Estado Español más personas que por accidente de tráfico. Pero a pesar de la evidencia que tenemos de la asociación entre condicionantes socio-económicos y políticas de protección social por un lado, y las tasas de suicidio por otro, las intervenciones preventivas se orientan fundamentalmente a tratar un problema relacionado con la psicopatología. Así se diseñan los programas y protocolos, incluido el de la OMS. En Catalunya, a partir de 2014 se ha implementado el Codi Risc de Suïcidi (CRS) que establece un protocolo de medidas preventivas y asistenciales para las personas que presentan un riesgo alto de suicidio. El CRS, si bien se refiere a los condicionantes sociales en varios momentos, se focaliza en la detección y atención de la depresión y, por tanto, se centra en los factores individuales relegando los factores económicos y sociales. El CRS plantea acciones para la prevención a partir del momento en que se detecta un riesgo elevado en el ámbito asistencial sanitario. No contempla intervenciones desde el ámbito político, social o comunitario que eviten llegar a situaciones de desesperación. Una vez más se sanitizan las problemáticas sociales y se lanza el mensaje que las causas se encuentran en la esfera de lo patológico y que el abordaje se basa en actuaciones profesionales y farmacológicas, ajenas a las dinámicas sociales. No queremos menospreciar este tipo de intervenciones, que pueden ser útiles para muchas personas que realmente presentan patología mental. Pero queremos enfatizar lo reduccionista que resulta este abordaje para las personas víctimas de la recesión económica y las políticas de austeridad.

Si consideramos que el suicidio es un fenómeno complejo que trasciende el ámbito sanitario, su prevención se debe plantear dentro y fuera del sistema sanitario. La intervención asistencial tiene sin duda un papel, pero limitado, sobre todo para abordar el sufrimiento mental de las personas afectadas gravemente por condicionantes sociales adversos. A continuación apuntamos algunas intervenciones para el abordaje integral de la prevención del suicidio relacionado con causas sociales dentro y fuera del sistema asistencial.

1. Las narrativas. El sistema neoliberal ha desarrollado una sociedad altamente competitiva, con grandes desigualdades, generadora de expectativas que no se pueden alcanzar y que pueden conducir a la frustración. Esta misma sociedad traspasa a los individuos las causas de los fracasos y de las insatisfacciones sociales y esto puede provocar sentimientos de culpa y sufrimiento mental. El relato que se hace en torno a la afectación social y económica condiciona las respuestas delante de las dificultades y la

determinación de la muerte voluntaria como camino de salida del sufrimiento. Una política de prevención del suicidio debería incluir narrativas individuales y colectivas que contemplen las causas económicas, la responsabilidad política, los modelos de convivencia, las experiencias y los relatos individuales.

2. La sociedad de los cuidados. El suicidio, como fenómeno social más que sanitario, interpela el modelo de sociedad como generador de malestar. El estado del bienestar, desarrollado a partir de la segunda mitad del siglo pasado, se ha basado en políticas redistributivas y de soporte a los sectores de población más pobres y se ha fundamentado en los valores del individualismo, el consumo y la competitividad. Las actuales tendencias de reducir el estado del bienestar dejan desprotegidos aún más sectores de población. En este contexto, desde algunas perspectivas, el concepto de estado del bienestar debería dar paso al concepto de sociedad de cuidados; una sociedad que ponga en el centro de su dinámica y de sus políticas la custodia de la vida y el cuidado de las personas, familias, comunidades y entornos. Una sociedad que facilite la participación de los individuos, que sea inclusiva, no exclusiva, y que desarrolle la creatividad personal y comunitaria. Las redes naturales de apoyo tienen un papel protector de la salud mental en la medida que contrarrestan la soledad y el aislamiento y pueden operar como estructuras solidarias de ayuda material y también emocional. Los grupos comunitarios, religiosos y de acción social, como la Plataforma de Afectados por la Hipoteca (PAH), han sido de gran ayuda frente la amenaza de la pérdida de la vivienda y también para la recuperación de la dignidad perdida y para desmovilizar sentimientos de auto-culpabilización.

3. La prevención primaria. Una orientación integral para la prevención del suicidio debería incluir medidas de prevención primaria como políticas sociales activas de mejora de los condicionantes sociales (educación, condiciones laborales, vivienda e ingresos económicos). Disponemos de información de cómo las políticas redistributivas y de protección social tienen impacto en la reducción de la incidencia de suicidios, como en los casos de Suecia i Finlandia. La ideación suicida relacionada con la privación económica está vinculada con sentimientos de desesperanza, injusticia, pérdida de dignidad personal y de inutilidad para resolver las pérdidas y la pobreza. La sociedad debería encontrar la manera de asegurar los medios de vida de todos sus miembros, independientemente de las opciones que ofrecen las economías privadas.

Más allá de las medidas de ayuda a las personas y grupos más necesitados, la aplicación de políticas predistributivas como la renta básica universal, se está planteando por algunos autores como una garantía para disminuir la pobreza, la inseguridad, las desigualdades y los suicidios ocasionados por la recesión económica.

4. El concepto de riesgo. Las escalas individuales de estratificación del riesgo de suicidio son insuficientes y poco predictivas. Expresan el concepto de riesgo dominante en las sociedades occidentales, que es individualizado más que socializado. Como dice Sandra Caponi, profesora de salud pública de Sao Paulo, el concepto de riesgo ha ido evolucionando. En la sociedad industrial el riesgo se asocia con los accidentes de trabajo y con la pobreza y paralelamente se vincula con las ideas de protección social y seguridad. Pero en las sociedades postindustriales y bajo la ideología neoliberal, los nuevos riesgos se refieren a una serie de amenazas difusas que se confunden con las debilidades y las dificultades propias de la condición humana. Si los múltiples riesgos a los que estamos expuestos en la vida moderna no son socializables, si su control depende de cambios de comportamiento individuales, significará necesariamente una disminución de la protección social que será substituida por la lógica de la responsabilidad individual. «El repliegue de las clásicas protecciones estatales frente a la vejez o contra la violencia, o contra la pobreza y la inevitable consecuencia de que esas protecciones están en nuestras manos (como controlar el estrés o la tasa de colesterol) genera monstruosidades". Estamos expuestos a un conjunto de riesgos que no hemos escogido y para los cuales no se han construido redes de seguridad para rescatar a los perdedores del «juego», cuyas reglas vienen marcadas por unos poderes incontrolables. Los efectos son más dramáticos en las sociedades más desiguales y con débiles sistemas de protección frente a la falta de ocupación, la pérdida de la vivienda y la pobreza. Al riesgo social le corresponde una gestión social, no individual, en el marco de las relaciones colectivas en el que sufrimos y enfermamos. Necesitamos ampliar el concepto de riesgo e incorporar indicadores sociales y económicos en las valoraciones individuales de riesgo de suicidio. Pueden ser útiles sistemas de observación de la vulnerabilidad ya existentes, como el Observatorio de la vulnerabilidad del Ayuntamiento de Barcelona. La valoración del riesgo social debe servir para orientar actuaciones mediante la aplicación de medidas efectivas de reducción definidas individualmente y con la participación de los recursos comunitarios disponibles.

5. El papel de la atención primaria de salud (APS). Los servicios de APS son los más próximos a las personas y comunidades, son los que mejor conocen las condiciones de vida y el entorno de las personas que atienden y los que mejor pueden captar las necesidades de los pacientes y establecer planes terapéuticos efectivos para todo tipo de problemas de salud. También son los servicios a los que más consultan las personas con ideaciones suicidas, por encima de los servicios especializados de salud mental. El papel de los médicos y médicas de familia en la prevención del suicidio de causas sociales puede ser más relevante de lo que ha sido hasta ahora si se llevan a cabo planes de formación para la detección del riesgo y para la intervención. Este papel se debería enfocar en la detección de las personas en riesgo social y en el establecimiento de planes de intervención en estrecha colaboración con los servicios sociales. El plan de actuación ha de contemplar la vinculación con el entorno y las redes de apoyo, el trabajo familiar y la consulta con servicios especializados cuando se considere conveniente. En la atención posterior al intento autolítico, la APS sanitaria y la social también han de tener un papel relevante. El vínculo relacional existente entre profesional y paciente es un facilitador del seguimiento y tratamiento. El paciente puede ver más cercana y aceptable la intervención de los profesionales de cabecera que la de los servicios especializados. Cuando no hay una patología mental definida se puede producir un rechazo de la atención psiquiátrica, que el paciente puede percibir como no adecuada para su problemática. La resistencia a la atención especializada también se puede dar en personas con enfermedad mental y en estos casos el vínculo con la AP acostumbra a ser el recurso asistencial de continuidad.

6. El enfoque a las personas y a las necesidades. El enfoque a la patología y al tratamiento farmacológico ha dado pocos frutos en el campo de la prevención. Nos movemos en un terreno de elevada incertidumbre. Los autores que han demostrado la ineficacia de la estratificación del riesgo recomiendan un enfoque basado en las necesidades de los pacientes y no en las percepciones clínicas de los profesionales, dando mucha importancia a la comunicación entre médico y paciente. La resolución de necesidades básicas no cubiertas como pueden ser los ingresos económicos o la vivienda es un primer paso en la reducción del riesgo, probablemente más decisivo que la instauración de un tratamiento farmacológico. La valoración individualizada y cuidadosa de las necesidades tanto materiales como psicológicas y el establecimiento del plan de actuación acordado con el paciente ha de centrar el interés de los

profesionales. El suicidio de causa social expresa una denuncia del fracaso de la sociedad para garantizar unas condiciones de vida dignas para todos, y expresa también una ruptura de la persona con la sociedad que la ha maltratado. A parte de las necesidades materiales y psicológicas será necesario tener en consideración las necesidades de inclusión social de la persona con ideaciones o conductas suicidas. Dentro de la inclusión social se debe contemplar el establecimiento de vínculos personales y de marcos discursivos que puedan reconocer y acoger el sufrimiento y construir un relato colectivo para la supervivencia en mejores condiciones sociales.

Conclusiones

Las conductas autolíticas son el iceberg de un sufrimiento personal y social de grandes dimensiones, que afecta amplios sectores de la población. Además, cada suicidio consumado deja una estela de unas seis personas supervivientes que sufrirán consecuencias psicológicas graves, algunas de ellas para toda la vida. La prevención del suicidio no es una tarea fácil debido a las múltiples connotaciones que contiene de tipo filosófico, cultural, social, psicológico y médico. La muerte voluntaria ha estado presente en todos los tiempos y sociedades como una conducta ligada a la condición humana, por eso es coherente pensar que continuará siendo así en el futuro. El enfoque biologicista y farmacológico dominante de intervención en salud mental, y en concreto, en la comprensión y prevención del suicidio, debe abrir paso a nuevos paradigmas basados en la comprensión y la mejora de los condicionantes sociales y en la construcción de discursos individuales y colectivos que pongan en el centro la cuestión social y política. Estos nuevos paradigmas deben tener su reflejo también en el campo asistencial de la atención primaria o secundaria, que en estos momentos priorizan la detección y el tratamiento de la depresión. La proporción de suicidios evitable es pequeña y su prevención es altamente compleja, como lo es el fenómeno en sí, pero es una responsabilidad social y sanitaria disminuir la incidencia de los casos evitables a través de las políticas adecuadas.

Bibliografía

- ANDRES, Ramón, 2015, *Semper Dolens. Historia del suicidio en occidente*. Barcelona: Acantilado.
- BLAKELY TA, COLLINGS SCD, ATKINSON J. (2003) «Unemployment and suicide. Evidence for a causal association?», *J Epidemiol Community Health*, 57(8) pp. 594–600.
- BORRELL, Carme, MARÍ-DELL’OLMO, Marc, GOTSSENS, Mercè et al, (2017), «Socioeconomic inequalities in suicidemortality before and after the economic recession in Spain», *BMC Public Health*, 17, pp. 772-80.
- CAPONI, Sandra, (2007), «Viejos y nuevos riesgos: en busca de otras protecciones», *Cad. Saúde Pública*, 23(1), pp. 7-15.
- DEPARTAMENT DE SALUT, *Atenció a les persones en risc de suïcidi. Codi risc de suïcidi*, http://catsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/catsalut/proveidors_professionals/normatives_instruccions/any_2015/instruccio_10_2015/instruccio-codi-risc-suicidi-8-9-2015.pdf.
- DURKHEIM, Emile, 1995, *El suicidio*, Madrid: Akal.
- GOTZSCHE, Peter, 2016, *Psicofármacos que matan y denegación organizada*, Barcelona: Los libros del lince.
- LARGE, Matthew Michael, RYAN, Christopher James, CARTER, Gregory, KAPUR, Nav, (2017), «Can we usefully stratify patients according to suicide risk?», *BMJ*, 359, pp. j4627.
- MILNER, Allison, SPITTAL, Matthew J, PIRKIS, Jane, LAMONTAGNE Anthony D, (2013), «Suicide by occupation: Systematic review and meta-analysis», *Br J Psychiatry*, 203(6), pp. 409–16.
- MOYA, Josep, ESTEVE, Cristina, (2012), «Estudio cualitativo sobre el impacto de la crisis económica en la salud mental de la población», *Observatori de Salut Mental de Catalunya*, <https://docplayer.es/2216466-El-impacto-de-la-crisis-economica-en-la-salud-mental-de-la-poblacion.html>.
- OBSERVATORIO DEL SUICIDIO, *Suicidios en España. Estadísticas 2013*,

<https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio/esp%C3%B1a/>

-STUCKLER, David, BASU, Sanjay, SUHRCKE, Marc, et al, (2009), «The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis», *Lancet*, 374, pp. 315-23.

-OBSERVATORI DEL SISTEMA DE SALUT DE CATALUNYA. *Tercer informe de març del 2017*,
http://observatorisalut.gencat.cat/web/.content/minisite/observatorisalut/ossccrisi_salut/Fitxers_crisi/Salut_crisi_informe_2016.pdf.

-UBIETO, José Ramón, (2017), «El suïcidi. Un acte específicament humà», *Revista de Treball Social Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya*, 210, pp. 127-138.

-ZIMMERMAN, Shyrley L, (2002), «States' spending for public welfare and their suicide rates, 1960 to 1995: what is the problem? », *J Nerv Ment Dis*, 190, pp. 349–60.

Sobre las autoras:

MJ. Fernández de Sanmamed, médica de atención primaria jubilada, Judit García, enfermera de atención primaria, M^a Victoria Mazo, médica de atención primaria, Elena Serrano, medica de atención primaria, Francesca Zapater, médica de atención primaria jubilada.

Miembros del Grupo de Reflexión y Acción (GRA) sobre Atención a las personas con malestar emocional relacionado con condicionantes sociales. Fòrum Català d'Atenció Primària (FoCAP).

SUICIDIOS Y CRISIS ECONÓMICA

¿SE PUEDE ROMPER ESTA RELACIÓN?

LA PROPUESTA DE UNA RENTA BÁSICA INCONDICIONAL

Sergi Raventós

Resumen:

La relación de los suicidios y las crisis económicas es bastante conocida. Hay diversos estudios que corroboran la relación entre crisis económicas y suicidios. Las explicaciones y las motivaciones divergen, pero es común señalar una cierta relación causal entre el desempleo y las deudas personales y la decisión de suicidarse. Algunos documentos de la OMS muestran que los países con una buena seguridad social y con sistemas de protección social adecuados pueden llegar a disminuir las tasas de suicidios. Hacen falta políticas robustas de prevención y de protección social, como una Renta Básica incondicional, que garantice la seguridad económica de toda la población de la cuna a la tumba.

Palabras clave: salud mental, prevención, renta básica.

Abstract:

The relation of suicides and economic crises is well known. There are several studies that corroborate the relationship between economic crises and suicides. Explanations and motivations diverge but there is a certain causal relationship in pointing out unemployment and personal debts and the decision to commit suicide. Some WHO documents show that countries with good social security and adequate social protection systems can reduce suicide rates. Policies of prevention and social protection are needed as an unconditional Basic Income, guaranteeing economic security to the entire population from cradle to grave.

Keywords: mental health, prevention, basic income.

La relación de los suicidios y las crisis es suficientemente conocida. ¿Es posible romper esta relación? ¿Es inevitable? ¿Siempre ha sido así a lo largo de la historia y en todos los países? ¿Sería necesario probar nuevas recetas?

El suicidio no siempre es atribuible a un trastorno mental, pero sí que es muy indicativo de sufrimiento, falta de esperanza y estrés negativo o distrés. Desde hace tiempo, cada año se suicidan en el Reino de España más de 3.000 personas –más que las muertas por accidentes de tráfico–, pero durante los años de la crisis algunos trabajos de investigación nos indican que ha habido un aumento significativo de los suicidios. Hay estudios que corroboran la relación entre crisis económicas y suicidios; por ejemplo, en uno (Luo et al, 2011) se analiza la relación entre los ciclos económicos y los suicidios en EEUU entre los años 1928 hasta el 2007 y se muestra que cuando ha habido alguna recesión económica la tasa de suicidios ha aumentado 11 veces y que sólo se ha dado la circunstancia de que haya bajado en 2 ocasiones. En cambio, en periodos de expansión económica las tasas de suicidio sólo han aumentado 3 veces y ha bajado en 10 ocasiones.

Otros autores han hecho revisiones sistemáticas, como Falagas (2009) y Milner (2013), en las que han podido establecer una relación entre el aumento de mortalidad por suicidio y las recesiones económicas en hombres en edad laboral. En estas revisiones el paro está asociado al aumento de mortalidad por suicidio, fundamentalmente referido al paro de larga duración. Este riesgo es mayor en los primeros 5 años de paro, pero aun así puede llegar a persistir durante 15 o 16 años después de la pérdida del empleo. También han aparecido algunos estudios donde se ha podido llegar a cuantificar el incremento de los suicidios derivados exclusivamente de la crisis. Por ejemplo, en Estados Unidos entre el 2007 y el 2010 se estima que ha habido más de 4.750 muertes por suicidio (Reeves et al. 2012); resultarían ser unos 846 adicionales en los años 2008 al 2010 en el caso de Inglaterra (Barr et al. 2012) e incrementos del número de suicidios de 2008 a 2010 en todos los países de la UE (Karanikolos et al. 2013). Otro estudio significativo es el que analizó la mortalidad por suicidio en 54 países de Europa, Norteamérica y Asia durante el año 2009. Esta mortalidad fue comparada con la esperada según la tendencia de mortalidad por suicidio del 2000 al 2007 y se ha estimado un aumento de 4.884 muertes adicionales por suicidio. En el caso de Europa, se concentraría en hombres de 15 a 24 años y, en el caso de América del Norte, en hombres de 45 a 64 años. En cuanto a las mujeres, no ha

habido incrementos: en Europa y en América el número de suicidios fue muy inferior al de los hombres. Y tanto en un continente como en el otro se asocia el incremento de suicidios a la magnitud del paro (Chang et al. 2013).

Como hemos apuntado anteriormente, el suicidio es una de las formas de muerte más extendida en el mundo, superando los muertos por accidente de tráfico, terrorismo y violencia machista. Pero a pesar que, según la OMS, un millón de personas (mayoritariamente hombres) se suicida cada año, esta es un tipo de muerte que ha sufrido desde siempre un gran tabú. Una de las razones más extendidas de este tabú es el efecto contagio analizado hace muchos años por Paul Moreau (1875) y Paul Aubry (1894). Contagio este que provocarían determinadas figuras públicas influyentes o celebridades como cantantes de rock o incluso líderes sectarios que arrastran multitudes y que pueden provocar algún efecto entre sus seguidores. Pero, como han analizado algunos autores, parece muy frágil esta argumentación ya que es absurdo otorgarle al suicidio unas capacidades contagiosas más peligrosas que las de este otro tipo de violencia ejercida sobre segundas y terceras personas, aquella que, paradójicamente abunda en los medios de comunicación. Este tabú ha sido manifiesto en todas las épocas y culturas y censurado por casi todas las religiones, como lo pone de manifiesto la iglesia (en este caso ortodoxa) griega cuando niega el servicio religioso a las familias de suicidas, lo que contribuiría a ocultar la verdadera realidad.

1. Crisis y suicidios

Aunque los motivos para el suicidio han sido analizados, pueden ser muy variados (Durkheim, 1992) y tener muchas explicaciones: ya sea producto de desengaños amorosos, la muerte de un ser querido, el miedo a ser torturado, la imitación de otro suicida, el abuso de drogas, la soledad, el abandono familiar, trastornos psiquiátricos severos, motivos sectarios, presión grupal u otros motivos; pero cuando hay una correlación estadística significativa entre las recesiones económicas, el desempleo y los suicidios, hay que ser científicamente muy obtuso para no querer ver la relación que hay entre quitarse la vida y la desesperación de estar parado, la incertidumbre y el pánico por el futuro inmediato. Esta sería la explicación más evidente del gran aumento en los países más castigados por la crisis y por los planes de austeridad y recortes en los servicios públicos de muchos gobiernos. ¿Es tan difícil imaginarse la desesperación que puede sentir alguien con grandes deudas hipotecarias, cargas familiares y siendo parado de larga duración en estos momentos? ¿Es necesario que nos expliquen últimamente

algunos diarios que alguna gente se suicida por acumular deudas? ¿No es sabido también que nueve de cada diez suicidios presentan algún tipo de sufrimiento psíquico? Y ¿cómo se llega a ese sufrimiento psíquico? Es posible que los altos efectos sobre la salud mental que encontramos requieran de una explicación. Algunos autores apuntan que no es el desempleo propiamente sino la desesperación asociada a la persistencia del desempleo lo que lleva a ataques de ansiedad y a la depresión. La duración del desempleo o los niveles de endeudamiento podrían ser más relevantes que la tasa de desempleo para explicar las tendencias en las tasas de suicidio.

Las tasas de suicidio venían disminuyendo de forma progresiva en los últimos años y a partir de 2008 han vuelto a repuntar. ¿En el año 2008, el año de la gran crisis? Evidentemente. La relación que existe entre crisis y suicidios ya es conocida también por otras crisis más recientes como la asiática de 1998, en la que las tasas de suicidio de los hombres aumentaron un 39% en Japón, un 44% en Hong-Kong y un 45% en la República de Corea. Pero también se dispone de datos más actuales y cercanos: en la UE cada nueve minutos se suicida una persona; esto representó unas 58.000 personas durante el año 2008, lo que supuso un incremento de un 16% respecto al año 2007. Los países con índices de suicidio más altos de la UE actualmente son: Lituania con 39 casos por cada 100.000 habitantes; Hungría, Letonia, Estonia y Eslovenia con unos índices del 23/24 casos, y entre los más ricos encontramos: Finlandia, Francia y Bélgica con unos 20 casos. No obstante, con la crisis estos índices han aumentado, especialmente en los Países Bálticos y en Grecia, en unas proporciones muy considerables (Fountoulakis, 2013; Branäs et al. 2015; Kentikelenis et al. 2013). Concretamente, en 2009 hubo en Lituania un aumento del 14% respecto a 2008. En Estonia fue del 15,6% y en Letonia del 19%.

Tampoco es casual que los tres países que más lejos han ido por el camino de la austeridad en las políticas económicas -Letonia, Irlanda y Grecia- sean precisamente los que han registrado las subidas mayores de suicidios entre el 2008 y el 2009. El caso de Grecia merece una atención especial, ya que no es para menos: la tasa de suicidios en Grecia se ha más que duplicado desde el inicio de la crisis, y ha pasado de un 2,8 al 6 por 100.000 habitantes. Muchos aún recordamos aquella carta del jubilado griego Dimitris Christoulas, de 77 años, antes de pegarse un tiro en la sien en Atenas frente al edificio del Parlamento. "El Gobierno de Tsolakoglou ha aniquilado toda posibilidad de supervivencia para mí, que se basaba en una respetable pensión que

yo había pagado por mi cuenta (sin ayuda del Estado) durante 35 años. Dado que mi avanzada edad no me permite reaccionar de otra forma (aunque si un compatriota griego hubiera cogido un kalashnikov, yo le habría seguido), no veo otra solución que poner fin a mi vida de esta forma digna antes de tener que rebuscar comida entre la basura para poder subsistir."

Que nadie se engañe y crea que se trata de un problema que afecta sólo a los países pobres de Europa (los mal llamados PIGS) y a los que han salido mal parados con la crisis del euro; por ejemplo: el Reino Unido, entre 2007 y 2009, aumentó un 8% el índice de suicidios, lo que resulta muy significativo porque se produjo después de una década seguida de disminución de las tasas de suicidio anuales. En 2008 se suicidaron 5.706 personas, lo que supone una media aproximada de 16 al día. Según esto, podría afirmarse que no se trata sólo de un problema vinculado a la riqueza o pobreza de un país, sino que está directamente relacionado con qué tipo de políticas económicas y sociales lleva a cabo cada estado para enfrentar la crisis.

En cuanto al Reino de España, aunque durante el periodo inicial de la crisis (2008-2011) no hubo un aumento significativo de la tasa de suicidios, en el año 2012 sí que hay un repunte al alza respecto al periodo anterior. El aumento se da en los hombres de 45-59 años. A pesar de que no aparece en las estadísticas, la relación del suicidio con los desahucios (una de las expresiones más macabras de la crisis) es un hecho evidente (Reeves et al. 2014). Las personas entrevistadas en un proyecto de investigación llamado "Procesos de desahucio y salud" describían diferentes problemas de salud física, entre ellos problemas cardiovasculares, cerebrovasculares, dermatológicos, digestivos, diabetes, tensión arterial, colesterol, etc. Además se detectaban frecuentes problemas de salud psicológica, entre ellos estados depresivos, desmotivación, desilusión y apatía, deterioro del cuidado personal, sensaciones de impotencia y autocompasión, así como cambios de humor. También las personas entrevistadas nombraban problemas de concentración, pérdida de memoria, estados de ansiedad, vivencias de intranquilidad, incertidumbre y miedo, así como... pensamientos de suicidio (López y Padilla, 2017).

Un estudio ha intentado cuantificar los suicidios derivados por la crisis durante los años 2008-2010 en el Reino de España, llegando a 680 suicidios adicionales (Lopez Bernal et al. 2013). Los suicidios han aumentado un 36 % en Cataluña en los últimos años como consecuencia de la crisis económica y ya son la mortalidad evitable que más

ha crecido, según apuntó hace un tiempo la investigadora de la Agencia de Calidad y Evaluación Sanitarias (AQuAS) de la Generalitat, Cristina Colls.

2. La relación entre la protección social y los suicidios

Los estudios más serios y rigurosos, secundados por algunos documentos de la OMS, demuestran que los países con una buena seguridad social y con sistemas de protección social adecuados pueden llegar a frenar y disminuir las tasas de suicidios. En Finlandia, en la crisis de 1990-93 el paro subió del 3,2% hasta el 16,5% de la población activa sin que ello comportara un aumento en la tasa de suicidios, a diferencia de lo que ocurrió en aquellos años en Rusia, donde sí aumentaron significativamente (Sammamed, 2014). Ello fue debido a los diferentes sistemas de protección social de un país a otro. Según diversas investigaciones, existe una relación muy directa entre las crisis económicas, el desempleo y el empeoramiento de la salud mental. Un dato ilustrativo: la media de personas con problemas psicológicos entre los parados es de un 34%; en cambio, entre las personas con empleo es del 16% (Reeves et al 2014). Los estudios realizados observan pues un aumento de problemas de salud mental, sobre todo de depresión y ansiedad, así como de casos de suicidio cuya mayor prevalencia se relaciona con el estrés asociado a situaciones de inseguridad económica, precariedad laboral, pérdida de empleo y empeoramiento de las condiciones laborales. Otra constatación es que cuanto mayor es la duración del período de desempleo, más intensas son las consecuencias negativas sobre la salud mental. De hecho, para cada incremento del paro de un 1%, la tasa de suicidios y de homicidios aumenta un 0,79%; pero hay que decir que estas tasas no han aumentado en los países donde no se han implantado políticas de austeridad, como Austria o Islandia, pese a experimentar un aumento del paro. Tampoco se ha dado en lugares como Suecia, con fuertes medidas de protección social.

Conviene tener presente que el suicidio es la punta de un iceberg que nos muestra que hay sufrimiento e ideación autolítica y que hay muchos intentos de suicidio que no se llegan a conocer. Resulta interesante observar una comparación realizada entre Suecia y el Reino de España entre la asociación de la tasa de desempleo y la tasa de suicidio entre 1980 y 2005. Mientras que en España existe una clara asociación entre paro y suicidios y éstos aumentan cuando aumenta el paro, en Suecia no se observa esta correlación.

Según datos de la Unión Europea, el aumento del paro no hace crecer las cifras de suicidio cuando se gastan en programas sociales más de 190 dólares por persona y año

(Stuckler et al. 2011). La misma hipótesis en sentido inverso se ha encontrado al descubrirse una asociación entre el incremento del suicidio y la reducción del gasto en políticas sociales (Zimmerman, 2002).

Estamos, no hay duda, ante un problema de salud pública de primer orden la fase crítica del cual todavía no ha terminado y, a pesar de algunas iniciativas que se han dado, requiere de una intervención pública masiva para mitigar y revertir la gravedad de la situación.

3. La Renta Básica

Es aquí que, para muchos expertos, las medidas políticas que, como la Renta Básica, permiten la seguridad de unos ingresos mínimos a toda la población en cualquier situación, sin condiciones y como derecho subjetivo, se presentan como un factor de grandísimo potencial en la salud pública. En diciembre de 2016 la prestigiosa revista *British Medical Journal* escribía sobre este tema incidiendo en los específicos efectos que una Renta Básica podría tener en la salud, en comparación con las tradicionales políticas de protección social focalizadas en y condicionadas para los pobres.

Crear aún que la solución vendrá sólo de las políticas de pleno empleo es un profundo error. Pensar que vamos a tener las mismas condiciones laborales que las de los 30 años posteriores a la Segunda Guerra Mundial, también. Sabemos que el empleo precario que se crea de forma dominante en el mercado laboral afecta a la salud de las personas por tres aspectos fundamentales: por la inseguridad laboral, la temporalidad laboral y la duración de las jornadas de trabajo. La inseguridad laboral ha mostrado tener efectos negativos sobre la salud mental de forma independiente de la situación económica de las trabajadoras. Y las personas que creen que sus trabajos son inseguros acuden con más frecuencia a las consultas de salud mental, consumen más medicamentos y faltan al trabajo por motivos de salud de forma más frecuente que las personas con estabilidad laboral y seguridad en sus empleos.

Los resultados empíricos que aporta la experimentación con la Renta Básica realizada en algunos países cuando se toman en consideración indicadores vinculados no sólo a la salud general -como pueden ser el número de hospitalizaciones o diagnóstico de enfermedades- sino al aumento o disminución del estrés, sugieren que los beneficios de una Renta Básica para la salud y, en especial, para la salud mental

pueden ser muchísimos. Las razones parecen ser principalmente dos: la renta básica, al concederse a todas las personas y no sólo a las que en ese momento pueden demostrar que son estadísticamente pobres, termina por percibirse para la población como un seguro general contra la pobreza y eso genera una gran estabilidad psicológica. Aunque en este momento uno pueda no estar siendo beneficiario neto del ingreso, sabe que siempre tiene derecho en caso de que su situación laboral y vital cambie a peor. La segunda razón es la que se deriva de su incondicionalidad. Esto no solo permite liberar tiempo y energías en cuanto a las trabas burocráticas por las que se debe demostrar que efectivamente se es considerado pobre -con todo lo que esto puede suponer de estigma social y con sus efectos psicológicos nada positivos. También te permite negociar en el mercado laboral con muchas más garantías de que no vas a aceptar trabajos en condiciones que puedan perjudicar tu salud. Estos dos elementos combinados parece que pueden generar grandes cambios en la percepción y asimilación del riesgo y la inseguridad de las personas a lo largo de su ciclo vital.

Conclusiones

Las muertes por suicidios en los últimos años son elevadas y las viejas recetas de políticas asistenciales y de rentas condicionadas llevan años probándose y no están funcionando. Así que habría que apostar por otras soluciones más ambiciosas cómo una protección social que nos proporcione una seguridad económica material de la cuna a la tumba.

Por todo lo expuesto hay buenas razones para pensar que una Renta Básica universal e incondicional podría contribuir a frenar una parte importante de los suicidios derivados de los graves problemas de inseguridad económica que se producen en nuestras sociedades atravesadas por graves problemas de desempleo, precariedad en el empleo, salarios miserables, falta de vivienda, etc.

Bibliografía

- BARR, B., TAYLOS-ROBINSON, D. i SCOTT-SAMUEL, A., et al. (2012), "Suicides associated with the 2008-10 economic recession in England: time trend analysis," *BMJ*, 345: pp.e5142
- BRANAS, C., KASTANAKI, A., MICHALODIMITRAKIS, M., *et al.* (2015), "The impact of economic austerity and prosperity events on suicide in Greece: a 30-year interrupted time-series analysis," *BMJ open*, 5.
- CHANG, S., STUCKLER, D., YIP, P. i GUNNELL, D. (2013), "Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries," *BMJ* 347. pp.F5239
- DURKHEIM, Emile, 1992, *El suicidio*. Barcelona: Akal
- FALAGAS, M.E., VOULOUMANOU, E.K., MAVROS, M.N., et al. (2009), "Economic crises and mortality: a review of the literatura," *Int.J. Clin. Prac.* 6388, pp.1128-1135.
- FOUNTOULAKIS, K. N., SIAMOULI, M. i GRAMMATIKOPOULOS, I. A. (2013), "Economic crisis-related increased suicidality in Greece and Italy: a premature overinterpretation," *J. Epidemiol. Community Health*, 67 (4), pp. 379-380.
- KARANIKOLOS, M., MLADOVSKY, P., CYLUS, J., THOMSON, S., BASU, S., STUCKLER, D., MACJENBACH, J. i MACKEE, M. (2013), "Financial crisis, austerity, and Health in Europe," *The Lancet. Health in Europe* 7.
- KENTIKELLENIS, A., KARANIKOLOS, M., REEVES, A., MACKEE, M. i STUCKLER, D. (2014), "Greece's health crisis: from austerity to denialism," *Lancet* 383, pp. 748-53.
- LUO, F., FLORENCE, C.S., QUISPE-AAGNOLI, M., OUYANG, L., CROSBY, A.E., (2011), "Impact of business cycles on US suicide rates, 1928-2007", *Am J Public Health*, Jun; 101(6), pp. 1139-46.
- LÓPEZ BERNAL, J. A., GASPARRINI, A., ARTUNDO, C.M. i MACKEE, M. (2013), "The effect of the late 2000s financial crisis on suicides in Spain: an interrupted time-series analysis", *European Journal of Public Health*, pp. 1-5

-LÓPEZ, Vicky; Padilla, Javier, 2017, *Salubrismo o Barbarie*, Madrid: *atrapasueños editorial*.

Milner, A., Page, A. i LaMontagne, A.D. (2013), “Long-Term unemployment and suicide: a systematic review and meta-analysis”, *Plos-One* 8 (1) e51333.

Nordt, C., Warnke, I., seifritz, E. i Kawohl, W. (2015), “Modelling suicide and unemployment: a longitudinal analysis covering 63 countries, 2000-11” *Lancet Psychiatry* 2, pp. 239-45.

Norström, T. i Grönquist, H. (2014), “The Great Recession, unemployment and suicide”. *J. Epidemiol Community Health*, 2014 (0), pp. 1-7

Reeves, A., Mackee M., Gunnell D., Chang, S., Basu, S., Barr, B. Et al.(2014), “Economic shocks, resilience, and male suicides in the Great Recession: cross-national analysis of 20 EU countries”, *The European Journal of Public Health*, pp.1-6

Sammamed, M. J. (2014), “Impacto de la recesión econòmica y de las llamadas “políticas de austeridad” en la salud mental de las persones y las comunidades” a Fundació Víctor Grífols. *Ètica y salud pública en tiempos de crisis*, 32. Barcelona.

Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., et al. (2011), “Effects of the 2008 recession on health: a firts look at European data”, *Lancet*, 378, pp. 124-125

Zimmerman, S.L. (2002), “States’ spending for públic welfare and their suicide rates, 1960 to 1995: what is the problem?” *J Nerv Ment dir*, 190, pp. 349-360.

Sobre el autor:

Sergi Raventós Panyella es Diplomado en Trabajo Social por la UB, Diploma de Estudios Avanzados y Máster en Teoría y Metodología en Sociología en 2008 y Doctor en Sociología por la UAB en 2016.

En los últimos años ha participado en varios cursos, seminarios, jornadas y simposios sobre la propuesta de la Renta Básica y su relación con la salud mental. Es miembro desde hace años de la Junta de la Asociación Red Renta Básica.

En el ámbito de la Salud mental trabaja desde el año 1998 cómo Técnico de inserción laboral y Trabajador social en la Fundació privada Els Tres Turons de Barcelona que

gestiona servicios de rehabilitación y de inserción laboral. Ha realizado docencia desde hace varios años en un Máster de Rehabilitación Psicosocial en salud mental de la UAB.

Forma parte de la Comisión de ética de la asociación de empresas y entidades BCN Salut Mental.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN Y TRATAMIENTO A MENORES CON CONDUCTA SUICIDA EN EL HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU DE BARCELONA

Francisco Villar, Mar Vila y Bernardo Sánchez

Resumen:

En el Servicio de Salud Mental del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona tenemos desde el año 2013 un programa específico de atención a la conducta suicida del menor (ideación suicida, amenaza suicida, gesto suicida y tentativa suicida). Integra varios profesionales que realizan una valoración protocolizada consistente en una intervención en crisis del paciente y su familia durante un ingreso breve en planta de pediatría. Desde la creación del programa hemos atendido más de 1300 episodios. En este artículo presentamos el perfil de pacientes que atendemos en nuestro servicio y resaltamos los aspectos más importantes de nuestra valoración e intervención.

Palabras clave: Suicidio, conducta suicida, adolescencia, intervención en crisis.

Abstract:

At the Mental Health Service of the Hospital Sant Joan de Déu of Barcelona, we have since 2013 a specific program to assist adolescents with suicidal behaviour (suicidal ideation, suicidal threats, preparatory acts and suicide attempts). There are various professionals working within the team that assess and treat adolescents and families in crises, while they are briefly admitted to the paediatric ward. Since the creation of the specific program, we have seen more than 1300 episodes. In this paper we present the adolescent profile that we see in our service and highlight the most important aspects of our assessment and intervention.

Keywords: Suicide, suicidal behavior, adolescence, crisis intervention.

A) ¿Qué atendemos? Definición

La definición de la conducta suicida sigue siendo hoy en día una cuestión no resuelta ya que existen multitud de propuestas de clasificación y definiciones que acaba haciendo difícil una comparativa entre los estudios de diferentes países, incluso en el mismo país (Silverman & De Leo, 2016). La evolución del concepto ha tenido diferentes fases, con una tendencia progresivamente más restrictiva conforme ha ido avanzando el estudio del fenómeno. En un origen el fenómeno suicida podía incorporar conductas como el tabaquismo, la promiscuidad sexual o cualquier otro tipo de actividad que pudiera entrañar cierto riesgo, como el paracaidismo o el *puenting* (O'Carroll et al., 1996), evolucionando hasta consideraciones más actuales para las que se precisaba la presencia de cierto grado de intención de morir y/o la presencia de daño físico (Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll, & Joiner, 2007). En las consideraciones más restrictivas vigentes actualmente, y con las que estamos totalmente de acuerdo, únicamente es necesaria la presencia de cierto grado de intención de acabar con la propia vida para definir la conducta suicida. Éstas no tienen en consideración lesiones auto-infringidas en las que no hay una intención de muerte, que se definen con un término propio de “conductas autolesivas no suicidas”, que las descarta como conducta suicida.

Hasta la consecución de la necesaria unificación de una terminología internacionalmente aceptada, y coincidiendo con la propuesta de otros grupos de investigación de la conducta suicida en la adolescencia, en nuestro hospital consideramos como conducta suicida (por tanto, susceptible de nuestra intervención) los siguientes comportamientos en orden de gravedad: la ideación suicida, la amenaza suicida, el gesto suicida, la tentativa suicida y el suicidio consumado (Arie et al., 2005).

Nuestra propuesta es la siguiente:

1. Ideación suicida: Este concepto engloba desde ideas pasivas acerca de contemplar la muerte como una posible solución, hasta pensamientos activos de matarse, llegando en un extremo a la planificación de la tentativa como tal. Existe amplio consenso en considerar que la planificación del suicidio identifica a la persona con tener alto riesgo de suicidio. En nuestro programa del hospital, cuando hablamos de ideación suicida nos referimos a este nivel extremo de tener deseos de muerte e ideas activas de suicidio, y por tanto alto riesgo de pasar al acto; consideraciones siempre valoradas por un

psiquiatra o psicólogo clínico, ya sea de dispositivos ambulatorios o desde el servicio de urgencias del hospital.

2. Amenazas suicidas: Las entendemos como la verbalización de estos pensamientos, con un añadido, que es una cierta connotación de intencionalidad de pasar al acto. En la práctica clínica con adolescentes contemplar las amenazas es lo más habitual, a la vez que se recomienda siempre el tomarlas muy en serio.

3. Gesto suicida: Lo consideramos como todos los actos preparatorios previos al inicio de la tentativa autolítica, sin que ésta se inicie. Sabemos que es un gesto suicida cuando entendemos lo que está pasando sin necesidad de que la persona nos informe verbalmente de lo que está haciendo ni de su intención.

4. Tentativa autolítica: Se considera una secuencia de acciones iniciadas por una persona que en el momento de su inicio espera en alguna medida que el resultado de la sucesión de acciones acabe con su vida.

5. El suicidio consumado: Se trata de la tentativa autolítica que acaba con el fallecimiento de la persona.

En resumen, en nuestro programa de atención al adolescente con conducta suicida el objeto de intervención es la presencia de una intención de morir, de la idea de que la muerte podría ser una solución a una situación determinada. Abordamos por tanto el deseo de muerte, para lo cual es necesaria la completa adquisición del concepto, hecho que no ocurre antes de los 8 años. No es necesario lo contrario: los adolescentes que atendemos no suelen saber lo que es la vida, pero para hablar de conducta suicida sólo es necesario que sepan lo que es o lo que implica la muerte, especialmente el concepto de irreversibilidad de esta.

B) ¿A quién atendemos? Características y factores de riesgo

La adolescencia es una etapa de especial vulnerabilidad en la que se ha descrito una disminución de la satisfacción con la vida y un incremento del estrés (Goldbeck, Schmitz, Besier, Herschbach, & Henrich, 2007). Algunos estudios sugieren que esta insatisfacción con la vida es un predictor de la ideación suicida en el adolescente (Amer & Hamdan-Mansour, 2014; Morales-Vives & Dueñas, 2018). Los cambios evolutivos

característicos de esta etapa, como son la propensión a la impulsividad, la necesidad de pertenencia al grupo y la intensidad de la vivencia de las relaciones, o la infravaloración de los riesgos, pueden estar relacionados con el aumento de la probabilidad de presentar conductas suicidas (Bursztein & Apter, 2009; Hawton, Saunders, & O'Connor, 2012). Además, algunos estudios han señalado como específica de esta etapa la importancia de los conflictos relacionales, tanto familiares como con iguales, en relación a la conducta suicida (King & Merchant, 2008).

En referencia a los desencadenantes identificados, Hawton, Saunders y O'Connor (2012) apuntan que los estresores de tipo psicosocial, especialmente los problemas relacionales, aparecen con mayor frecuencia como factor precipitante en el caso de menores de 14 años, en los que el suicidio habitualmente sucede tras un breve periodo de estrés y no tanto por causa de un trastorno psiquiátrico.

Otro aspecto diferencial de la adolescencia tiene que ver con los factores de riesgo o predictores de la conducta suicida, ya que actúan de forma diferente según la etapa vital. Un ejemplo de esto son las autolesiones, que como predictor presentan menor riesgo de suicidio en la adolescencia que cuando aparecen en la edad adulta (Hawton et al., 2015; Hawton, Zahl, & Weatherall, 2003).

Los factores de riesgo específicos de la conducta suicida en la adolescencia son múltiples y tienen diferente grado de soporte empírico, como por ejemplo el hecho de haber realizado una tentativa autolítica previa, la presencia de conflictividad familiar, el aislamiento social, la exposición al suicidio ya sea en el propio ámbito familiar o en otros, los trastornos mentales, el *bullying*, los abusos sexuales y otros muchos (Hawton et al., 2012; Van Orden et al., 2010). Sin embargo, a pesar de los importantes esfuerzos dedicados al estudio de los factores de riesgo, los que se han identificado hasta la fecha no tienen especificidad suficiente e implican altas tasas de falsos positivos, lo que hace que no resulten de utilidad para guiar acciones preventivas (Oquendo, Currier, & Mann, 2006). Estas experiencias son más útiles entendidas como eventos vitales que generan profundo malestar, conceptualizadas en marcos teóricos como el de la Teoría de los Tres Pasos (3ST) (Klonsky & May, 2015).

C) ¿A cuántos atendemos? Epidemiología de la conducta suicida

Desgraciadamente el suicidio sigue siendo un grave problema de salud pública, ya que cada día mueren en España una media de 10 personas por suicidio consumado, y cada 5

días un menor de 19 años. Estas son cifras estremecedoras, más aún por su persistencia a lo largo de los años, ya que son cifras que se resisten a disminuir por sí solas. Siguiendo el ejemplo del excelente trabajo que se ha realizado en las campañas de prevención de accidentes de tráfico y otras campañas orientadas a otras problemáticas sensibles como son el tabaquismo o la prevención del VIH, parece que no nos queda otra opción que comprometernos, en todos los niveles de la sociedad, en la prevención de una problemática que acaba con tantos años potenciales de vida y que genera tanto sufrimiento en su entorno. El suicidio en la infancia y la adolescencia supone menos del 2% de la problemática total, pero su impacto es mucho mayor.

Respecto a la conducta suicida sin resultado mortal la realidad es la opuesta, ya que hay más prevalencia de intentos de suicidio en la adolescencia que en la vida adulta, fenómeno conocido como la paradoja de la edad. Se estima que por cada suicidio consumado hay 20 intentos de suicidio (World Health Organization, 2014), pero estudios con adolescentes incrementan esta proporción hasta entre 100 y 200 tentativas por cada suicidio consumado (McIntosh & Drapeau, 2014). Se estima que alrededor del 10% de los adolescentes en la población general tienen pensamientos suicidas y que, entre el 3 y el 4% llegan a presentar tentativas de suicidio antes de los 18 años (Nock et al., 2008; Nock, Greif, Hwang, McLaughlin, & Sampson, 2013). En Cataluña se ha estimado hasta un 14% de prevalencia del fenómeno suicida en población estudiantil (Soler, Segura, Kirchner, & Forns, 2013). Cabe destacar que hay poblaciones más vulnerables, así, entre un 20% y un 47% de la población adolescente psiquiátrica realizará una tentativa suicida antes de los 18 años (Bursztein & Apter, 2009). Además, entre el 36–42% de los adolescentes que hacen un intento de suicidio volverán a hacer otro en los dos años siguientes al primero (Bridge, Goldstein, & Brent, 2006; Lewinsohn, Rohde, Seeley, & Baldwin, 2001).

Con las cifras descritas, se hace realmente inverosímil el hecho de que algún profesional de la salud, tanto en primaria como en secundaria, no se encuentre con cierta asiduidad en situación de tener que abordar un paciente que presente conducta suicida. Esto sólo podría ser debido a una tendencia del profesional a evitar la exploración de la conducta suicida, con el riesgo que eso entraña para el paciente. Es por esto importante incorporar dicha evaluación a nuestra exploración rutinaria, ya que preguntar al adolescente acerca de ideas suicidas no incrementa el riesgo suicida, más bien todo lo contrario (Berman & Silverman, 2017; Hawton et al., 2012; World Health Organization, 2014).

Desde la creación del programa de atención a la conducta suicida de nuestro hospital, hemos atendido una media de entre 250 y 300 episodios de conducta suicida al año (cada paciente puede generar más de un episodio de conducta suicida). De estos, más del 80% son mujeres, aproximadamente el 70% son tentativas autolíticas y alrededor del 18% de los pacientes vuelven a presentar un intento de suicidio en los seis meses siguientes. Respecto a la edad, encontramos una aparición muy marginal de inicio a los 8 años, normalmente ideación de muerte o amenazas, que se incrementa muy levemente hasta los 12 años, y a partir de los 13 aparece de forma clara alcanzando rápidamente su pico máximo a los 14 años, y con un continuado descenso a medida que avanza la adolescencia.

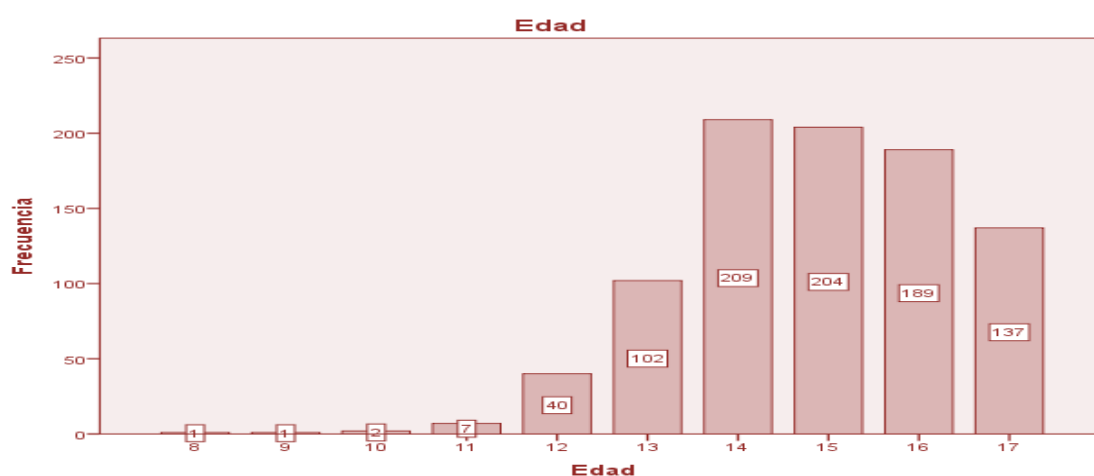


Tabla 1. Análisis del número de episodios de conducta suicida atendidos en el programa de nuestro hospital en función de la edad (n= 893)

D) ¿Cómo los atendemos? Protocolo de atención a la conducta suicida del menor

Nuestro programa de atención a la conducta suicida del menor se enmarca en el Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, un hospital materno-infantil de tercer nivel, que ofrece asistencia directa a 1.300.000 habitantes del área de referencia del hospital. Sin embargo, por ser un monográfico de pediatría y por la condición de ser un hospital supra-sectorial de tercer nivel, acaba ofreciendo asistencia a una población mucho mayor. Desde el hospital se atienden más de 100.000 urgencias anuales de pediatría y más de 2.500 específicas de psiquiatría. Es el Servicio de Urgencias del hospital la principal vía de entrada de los pacientes con conducta suicida que atendemos desde nuestro programa.

El valor fundamental de la orden hospitalaria de Sant Joan de Déu es la **hospitalidad**, que implica la vocación de acompañar a toda persona en su malestar, por duro que este pueda ser o especialmente cuando este lo es. Muestra de ello es la creación en el hospital de otras unidades de especial sensibilidad, como son la unidad de abusos sexuales en la infancia, la unidad de conductas adictivas en el menor o el propio programa de atención a la conducta suicida del menor. Con este propósito, hace ya 20 años que se elaboró en el hospital el primer protocolo de atención a la conducta suicida, haciendo especial hincapié en la consideración de estos adolescentes como pacientes de alto riesgo, cuyo manejo suele ser complejo, con un alto riesgo de repetir la conducta suicida y de perderse en la transición desde el hospital a los dispositivos ambulatorios.

En el año 2013 y dado el creciente número de pacientes atendidos en urgencias del hospital por conducta suicida, se decidió desde la jefatura del Servicio de Salud Mental crear un programa específico de atención a la conducta suicida del menor, con una dotación de profesionales para abordar esta problemática de forma global, tanto asistencialmente como en la detección, la creación y la difusión de conocimiento. Como resultado de esta propuesta se revisó y actualizó el protocolo inicial de actuación, en coordinación con los servicios de pediatría, salud mental y trabajo social. Durante la revisión del protocolo inicial, detectamos la particularidad de que el psiquiatra de urgencias, al valorar un adolescente con alto riesgo de suicidio en el Servicio de Urgencias -ya sea por la intensidad de la ideación, por la planificación asociada o por el hecho de haber realizado una tentativa suicida-, contaba únicamente con dos opciones de intervención: realizar un ingreso en la unidad de agudos de psiquiatría o enviar al paciente a su domicilio con la recomendación de ir a su Centro de salud mental correspondiente. Para cambiar esta situación, se rediseñó un protocolo de atención a la conducta suicida del menor, con el fin de dotar con más recursos el abordaje de la situación de crisis. Para este fin se consideró la persistencia de la crisis, con su consiguiente alto riesgo de suicidio, como un indicador de ingreso en cama de pediatría. Esto ofrecería un escenario de protección y un mayor tiempo para la resolución de la crisis, lo que evitaría reintentos de suicidio y a su vez ingresos en unidades de agudos que pudieran ser prescindibles o incluso iatrogénicos. Es importante resaltar que los protocolos tienen que ver también con las características del hospital, por lo que una cama de pediatría podría ser perfectamente sustituible por un box de observación de psiquiatría, por ejemplo en un servicio de urgencias. Nuestra actuación está basada en una primera intervención en crisis durante un ingreso de entre 24h-72h en planta de

pediatría, para poder hacer una evaluación más detallada del motivo de ingreso, potenciar factores de protección y trabajar un plan de crisis y de seguridad al alta.

El objetivo último de nuestro programa es reducir el riesgo de realizar nuevas tentativas y suicidios consumados en los adolescentes que consultan por conducta suicida. Otros objetivos secundarios son limitar la aparición de otras problemáticas en el entorno del paciente, reducir costes asistenciales y prevenir el desgaste emocional de los profesionales involucrados en el cuidado de este tipo de pacientes, además de facilitar la transición a servicios comunitarios. Este último objetivo ha mejorado sustancialmente desde la implementación en el año 2014 en Cataluña del *Codi Risc Suicidi* (CRS), que pretende disminuir las tentativas de suicidio y su repetición mediante la gestión protocolizada y homogénea de las personas identificadas de riesgo en los centros de la red pública del sistema sanitario.

Nuestro protocolo de intervención se basa en los dos elementos considerados fundamentales en la prevención del suicidio en todas las edades, que son por un lado una **intervención inmediata** y por el otro la **vinculación a un seguimiento** posterior, tal y como se describe en la actuación de la *Brief Intervention and Contact (BIC)* (Fleischmann et al., 2008). Estos dos elementos han obtenido resultados superiores en la reducción de muertes por suicidio, respecto a estrategias de intervención cognitivo-conductuales y a estrategias farmacológicas como el Litio (Riblet, Shiner, Young-Xu, & Watts, 2017).

Por tanto, los objetivos de nuestra intervención consisten en: 1) ofrecer una disposición inmediata a una verdadera escucha de las razones personales para morir; 2) el desarrollo de un plan de seguridad para apoyar razones para vivir; y 3) garantizar una valoración y seguimiento de la evolución de la conducta suicida del adolescente durante al menos el primer año. La orientación de esta primera intervención está fundamentada en los conceptos básicos de la intervención en crisis que consisten en “generar un escenario apropiado para realizar una influencia activa, en un periodo de desequilibrio, con el objetivo de aliviar el impacto inmediato y reactivar y fortalecer los propios recursos de la persona” (Wainrib & Bloch, 2001). Para la intervención es necesario generar un escenario neutro y con unas garantías de seguridad, que posibilite contener, acoger y reorientar las repercusiones del primer impacto emocional tras un intento de suicidio. Esta necesidad está presente en todos los pacientes y sus familiares, independientemente de la gravedad de las consecuencias orgánicas del intento de suicidio. Una cama hospitalaria en planta de pediatría cumple con los requisitos de

neutralidad y seguridad, y mantiene a los padres implicados en el acompañamiento y supervisión del adolescente, siendo posible valorar *in situ* la capacidad de contención que es capaz de ofrecer la familia. Esto será un elemento fundamental en la evolución del paciente, tanto para la elaboración de planes de actuación en crisis, como muy especialmente para la elaboración de los planes de seguridad, en los que han de estar especialmente implicados los adultos del domicilio, entre otras cosas para restringir el acceso a medicación usada comúnmente en tentativas suicidas, que es la medida de seguridad que ha demostrado ser de más alta efectividad en la prevención del suicidio (Hawton et al., 2012; World Health Organization, 2014). Además de estas consideraciones, es importante resaltar que no es conveniente someter a un ingreso en una unidad de agudos de psiquiatría a aquellas crisis que no remitan en el contexto de una visita en urgencias de Psiquiatría. Pero, por otro lado, tampoco parece razonable tener que contraponer la conveniencia de dicho ingreso al riesgo de finalizar una visita en urgencias sin las garantías de resolución de la crisis suicida.

A modo de resumen de objetivos, las tareas concretas en nuestro formato de intervención contemplarían la consecución de determinados sub-objetivos. Diríamos por tanto que hemos tenido éxito en la intervención si:

- ☐ Se ha estabilizado el cuadro clínico agudo, en caso de haberlo
- ☐ Se ha conseguido transmitir esperanza
- ☐ Se han podido valorar alternativas más adaptativas que la conducta suicida para afrontar la situación desencadenante
- ☐ La persona ha comprendido cómo ha podido llegar a esa situación, ha criticado de forma adecuada el intento y se compromete a no repetirlo
- ☐ Se ha elaborado un plan de seguridad con garantías
- ☐ Se ha conseguido que el paciente se vincule o se ha reforzado la vinculación a su referente de salud mental
- ☐ Los padres han conseguido entender al paciente, superar la fase de enfado si la hubiera y son conscientes de la gravedad de la situación, sin un sentimiento de culpa excesivo
- ☐ Los padres se implican en el plan de seguridad: retiran/esconden la medicación del domicilio, se muestran disponibles durante las primeras semanas y refuerzan el cumplimiento del paciente a su tratamiento en el centro de salud mental

☐ Son conocedores y están implicados todos los actores (paciente, familia, referente salud mental, trabajo social, otros significativos...) en el plan de seguridad y seguimiento al alta

Bibliografía

- AMER, N. R. Y., & HAMDAN-MANSOUR, A. M. (2014). Psychosocial Predictors of Suicidal Ideation in Patients Diagnosed with Chronic Illnesses in Jordan. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(11), 864–871. <https://doi.org/10.3109/01612840.2014.917752>.
- ARIE, M., HARUVI-CATALAN, L., APTER, A., ARIE, M. M., HARUVI-CATALAN LLB, L. B., & AUTHOR ALAN APTER, C. (2005). Personality and suicidal behavior in adolescence. *Clinical Neuropsychiatry*, 2(1), 37–47.
- BERMAN, A. L., & SILVERMAN, M. M. (2017). How to Ask About Suicide? A Question in Need of an Empirical Answer. *Crisis*. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000501>
- BRIDGE, J. A., GOLDSTEIN, T. R., & BRENT, D. A. (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01615.x>
- BURSZTEIN, C., & APTER, A. (2009). Adolescent suicide. *Current Opinion in Psychiatry*. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283155508>
- FLEISCHMANN, A., BERTOLETE, J. M., WASSERMAN, D., LEO, D. DE, BOLHARI, J., BOTEAGA, N. J., ... THANH, H. T. T. (2008). Effectiveness of brief intervention and contact for suicide attempters: a randomized controlled trial in five countries. *Bulletin of the World Health Organization*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.2471/BLT.07.046995>
- GOLDBECK, L., SCHMITZ, T. G., BESIÉ, T., HERSCHBACH, P., & HENRICH, G. (2007). Life satisfaction decreases during adolescence. *Quality of Life Research*, 16(6), 969–979. <https://doi.org/10.1007/s11136-007-9205-5>
- HAWTON, K., BERGEN, H., COOPER, J., TURNBULL, P., WATERS, K., NESS, J., & KAPUR, N. (2015). Suicide following self-harm: Findings from the Multicentre Study of self-harm in England, 2000-2012. *Journal of Affective Disorders*, 175, 147–151. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.062>
- HAWTON, K., SAUNDERS, K. E. A., & O'CONNOR, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373–2382. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
- HAWTON, K., ZAHL, D., & WEATHERALL, R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: Long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *British Journal of Psychiatry*, 182(6), 537–542. <https://doi.org/10.1192/bjp.182.6.537>

- KLONSKY, E. D., & MAY, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*. <https://doi.org/10.1521/ijct.2015.8.2.114>
- LEWINSOHN, P. M., ROHDE, P., SEELEY, J. R., & BALDWIN, C. L. (2001). Gender differences in suicide attempts from adolescence to young adulthood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(4).
- MCINTOSH, J., & DRAPEAU, C. (2014). USA suicide 2011: Official final data. Washington, DC: American Association of Suicidology, dated June 19, 2014.
- MORALES-VIVES, F., & DUEÑAS, J. M. (2018). Predicting Suicidal Ideation in Adolescent Boys and Girls: The Role of Psychological Maturity, Personality Traits, Depression and Life Satisfaction. *The Spanish Journal of Psychology*, 21, E10. <https://doi.org/10.1017/sjp.2018.12>
- NOCK, M. K., BORGES, G., BROMET, E. J., ALONSO, J., ANGERMEYER, M., BEAUTRAIS, A., ... WILLIAMS, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98–105. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.040113>
- NOCK, M. K., GREIF, J., HWANG, I., MCLAUGHLIN, K., & SAMPSON, N. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*, 70(3), 300–310. <https://doi.org/10.1001/2013.jamapsychiatry.55.Prevalence>
- O’CARROLL, P. W., BERMAN, A. L., MARIS, R. W., MOSCICKI, E. K., TANNEY, B. L., & SILVERMAN, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 26(3), 237–252. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1996.tb00609.x>
- OQUENDO, M. A., CURRIER, D., & MANN, J. J. (2006). Prospective studies of suicidal behavior in major depressive and bipolar disorders: What is the evidence for predictive risk factors? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(3), 151–158. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2006.00829.x>
- RIBLET, N. B. V., SHINER, B., YOUNG-XU, Y., & WATTS, B. V. (2017). Strategies to prevent death by suicide: meta-analysis of randomised controlled trials. *The British Journal of Psychiatry*, 210(6), 396–402. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187799>
- SILVERMAN, M. M., BERMAN, A. L., SANDDAL, N. D., O’CARROLL, P. W., & JOINER, T. E. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the

Study of Suicide and Suicidal Behaviors Part 2: Suicide-Related Ideations, Communications, and Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. <https://doi.org/10.1521/suli.2007.37.3.264>

SILVERMAN, M. M., & DE LEO, D. (2016). Editorial Why There Is a Need for an International Nomenclature and Classification System for Suicide. *Crisis*, 37(2), 83–87. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000419>

SOLER, L., SEGURA, A., KIRCHNER, T., & FORNS, M. (2013). Polyvictimization and risk for suicidal phenomena in a community sample of spanish adolescents. *Violence and Victims*, 28(5), 899–912. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.28.5.899>

VAN ORDEN, K. A., WITTE, T. K., CUKROWICZ, K. C., BRAITHWAITE, S. R., SELBY, E. A., & JOINER, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*. <https://doi.org/10.1037/a0018697>

WAINRIB, B. R., & BLOCH, E. L. (2001). *Intervención en crisis y respuesta al trauma*. (E. D. De Brouwer., Ed.). Bilbao.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2014). *Preventing suicide: A global imperative*. WHO. <https://doi.org/10.1002/978047077412>

Sobre los autores:

Francisco Villar es Licenciado en Psicología por la UB, Doctor en Psicología por la UAB, realizó su especialidad en Psicología Clínica en el Hospital Universitario Vall d'Hebrón de Barcelona. Recibió formación específica en terapia familiar en el *Roberto Clemente Family Guidance Center* de Nova York. Desde 2013 formó parte del equipo promotor del programa de atención a la conducta suicida en el menor del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, programa del que es coordinador en la actualidad. Actualmente, también forma parte del grupo asesor de expertos en prevención del suicidio del “Pla director de salut mental i addiccions del departament de Salut de la Generalitat de Catalunya”.

Mar Vila Grifoll, es licenciada en Medicina por la UB, Doctora en Medicina por la UAB, realizó su especialidad en Psiquiatría en el Hospital Parc Taulí de Sabadell. Fue becada por la Fundación Alicia Koplowitz para la formación en psiquiatría infanto-juvenil en *Imperial College London (London, UK)*, y posteriormente realizó la especialidad en Psiquiatría Infanto-Juvenil en el Hospital Maudsley de Londres (*SLAM, South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK*). Desde 2015 forma parte del programa de atención a la conducta suicida en el menor.

Bernardo Sánchez es licenciado en Medicina en la Universidad del País Vasco, realizó su especialidad en Psiquiatría en los Servicios de Salud Mental de Asturias. Es Jefe del Servicio de Hospitalización de Psiquiatría del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona desde 2005, y como tal fue el impulsor del programa de atención a la conducta suicida

del menor del hospital. Actualmente está realizando su Tesis Doctoral en la que está abordando las diferencias de género en la conducta suicida en el menor.

PRESA DE DECISIONS ANTICIPADA (PDA) AMB ADOLESCENTS CONSTRUINT UN VINCLE AMB EL PACIENT DES DE LA PRIMERA VISITA⁷

Júlia Martín i Balma Soraya Hernández

Resum:

La presa de decisions anticipades (PDA) amb adolescents és una qüestió complexa a causa de la càrrega emocional que té pels professionals, per les famílies i pels propis adolescents. En aquest article intentarem posar-hi llum. Contextualitzarem el problema, definirem el concepte de PDA, analitzarem el reconeixement del dret dels adolescents a prendre decisions en el marc jurídic vigent, descriurem els sis tipus de barreres que apareixen en la PDA i suggerirem un abordatge des de la filosofia i la bioètica, que es concreta en quatre propostes per ajudar el professional a crear el vincle que és tant necessari tenir amb l'adolescent quan s'han de prendre les últimes decisions al principi de la vida.

Paraules clau: decisions anticipades, adolescents, final de vida, vincle, acompanyament

Abstract:

Advanced Care Planning (ACP) with adolescents is a very difficult process to deal with, due to the high emotional burden that it involves for professionals, parents and adolescents themselves. This paper aims at shedding light to it by contextualizing the problem, defining ACP, analyzing the current legislation on adolescents' right to take part in decisions, describing the six barriers existing to ACP and suggesting a philosophical and bioethical approach, that is concretized in four proposals intended to help professionals build the bond with adolescents that is so necessary when final decisions have to be made at the beginning of life.

Keywords: advanced care planning, adolescents, end of life, bond, support

⁷ Una versió més extensa d'aquest article va ser publicada el 2017 al Butlletí del Comitè de Bioètica de Catalunya, i està disponible a: <http://comitebioetica.cat> També es va presentar en format pòster a les IX Jornades CEAs 2016, celebrades el 4 de novembre de 2016 a l'Hospital Materno-Infantil Sant Joan de Déu d'Esplugues de Llobregat.

1. Contextualització

Des de la bioètica s'està advocant cada vegada més pel reconeixement de les capacitats dels pacients menors d'edat i pel respecte a la seva autonomia, en la mesura que es demana que se'ls inclogui en la presa de decisions.

L'acostament d'alguns estudis a la capacitat dels adolescents (Dickey, et al., 2000) indica que, quan aquests presenten una intel·ligència igual o superior a la mitjana i obtenen dels professionals tota la informació necessària, les seves decisions poden ser molt semblants a les que prendrien els adults. Però, malauradament, aquesta evidència científica no es tradueix en una major participació dels adolescents a la pràctica.

En el cas concret dels adolescents en procés de final de vida, la presa de decisions prèvies, acompanyada pels professionals i pels éssers estimats, hauria de veure's com una eina útil per respectar la seva salut i facilitar, alhora, el treball dels professionals.

I anant més enllà, des d'un punt de vista social, s'hauria de considerar com una oportunitat per potenciar el debat al voltant de temes com els límits de la presa de decisions, els drets i deures dels adolescents o la visibilització de la mort infantil i el tabú que l'envolta.

Desafortunadament, però, aquest debat social encara té molt de camí per recórrer. Segons els estudis esmentats (Dickey, et al., 2000), generalment les voluntats anticipades expressades pels adolescents no són considerades ni per pares, ni per metges, perquè es considera que és una etapa vital en la qual "no toca" parlar de la mort.

2. De què parlem quan parlem de PDA?

El document de voluntats anticipades (DVA) és el conjunt d'instruccions que dona una persona major d'edat, amb capacitat suficient i de manera lliure, sobre la intervenció terapèutica i els tractaments mèdics que vol o no que li siguin practicats, per tal que el personal sanitari de referència les tingui en compte si mai es troba en una situació en la qual no pugui expressar-se per ella mateixa (Siurana, 2005).

Més enllà del document, el procés comunicatiu entre professional i pacient es coneix com a Planificació Anticipada de la Voluntat o Presa de Decisions Anticipada (PDA). Es defineix com la deliberació que permet reconèixer les preferències, valors, expectatives i idees del pacient davant la malaltia i la seva evolució. Malgrat que les

persones menors de 18 anys no poden emetre el document (DVA), sí que mereixen poder fer el procés (PDA), en la mesura que estar malalt significa, a qualsevol edat, viure una situació que requereix conèixer, reflexionar i decidir sobre el propi cos i la pròpia salut.

3. Actualment els adolescents tenen dret (reconegut) a prendre decisions sobre la seva salut?

En la Llei 21/2000, de 29 de desembre, *sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica* s'hi especifiquen els drets dels pacients en relació a la intimitat, a la protecció de dades de la història clínica i també en relació a les voluntats anticipades. Queda clar al text que aquesta llei fa referència a majors d'edat competents, però també als menors emancipats i als adolescents de més de 16 anys. Per sota d'aquesta edat la llei diu que a partir dels 12 anys els adolescents han de ser escoltats i que, fins i tot, poden decidir ells mateixos quan, a criteri del professional responsable, tinguin maduresa suficient. Així, s'estableix la franja de 12 a 15 anys com la del *menor madur*.

Altres documents com la llei 41/2002, que és l'homòloga espanyola a l'anteriorment citada; la Llei 1/1996, de 15 de gener, de *Protecció Jurídica del Menor*; la llei 14/2010, de 27 de maig, *dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència*; o la Convenció de les Nacions Unides sobre els Drets de l'Infant (CNUDI), en el seu article 12, recorden la importància de la preparació del trànsit a l'edat adulta i independent, d'acord amb les capacitats i circumstàncies personals, així com també especifiquen el dret del menor a ser informat, escoltat, i a participar en els processos de presa de decisions sobre mesures que l'afectin.

4. Barreres a la PDA amb adolescents al final de la vida

Detectem 6 tipus de barreres que dificulten fer un procés de PDA adequat, segons a qui o què afecten. (Boss, et al., 2015; Lotz, et al., 2014; Gordy, 2011; Lyon, et al., 2004; Dickey, et al., 2000; McAliley et al., 2000).

Els professionals es troben amb barreres metodològiques (falta d'habilitats comunicatives) i emocionals (por d'enfrontar-se amb una mort “a destemps” i d'angoixar els adolescents). Els pares tenen una barrera emocional encara més gran que

els professionals, ja que parlar del final de vida dels fills suposa deixar de tenir esperança. Els adolescents són els que pateixen l'impacte emocional més fort, a banda del fet que les seves opinions poden canviar i que poden sentir que no es té prou en compte allò que els preocupa a ells (que és diferent del que preocupa als seus pares). En la organització dels centres mèdics hi ha tres barreres: la falta de coordinació, la insuficient implementació d'aquests processos per falta de temps i de pressupost, i la tendència a estandarditzar aquests processos enlloc d'individualitzar-los. Finalment, el propi DVA, el document on es registren les preferències que els pacients expressen durant el procés de PDA, presenta barreres com la terminologia tècnica que s'hi utilitza, la dificultat de concretar les opcions personals per escrit o la incertesa sobre la gestió del dret de revocació. Totes aquestes barreres poden afectar la relació assistencial, en la mesura que poden danyar la confiança entre adolescents, pares i professionals.

5. Proposta (I): Acompanyament i coneixença, requisit previ de la PDA

Superar aquestes barreres passa, doncs, per crear un vincle de confiança entre l'adolescent i el professional que li permeti a aquest últim conèixer la història vital de l'adolescent, més enllà de la seva història clínica. Aquest vincle només sorgeix si es fa un acompanyament de l'adolescent des del moment del diagnòstic advers o, fins i tot, a ser possible, abans: des del primer dia que l'adolescent entra a la consulta.

L'objectiu de l'acompanyament és la forja de l'autonomia de l'adolescent, que es pot definir com la capacitat de prendre decisions segons els propis valors i objectius (Beauchamp i Childress, 1983). En aquest sentit, l'objectiu de l'acompanyament dins l'àmbit sanitari és ajudar l'adolescent a forjar un estil de vida saludable, basat en uns valors saludables i enfocat a uns objectius en salut, que sigui coherent amb els valors, objectius i projecte vital global de l'adolescent. Això demana deixar que els adolescents participin en els processos de presa de decisions que els afectin i, en conseqüència, permetre que s'equivoquin.

Amb tot, pares i professionals solen ser reticents a permetre la participació dels adolescents i això els pot fer incórrer, inconscientment, en actituds paternalistes (sobreprotectors) o *adultistes* (desprotectors). Trobar una actitud intermèdia no és fàcil. El vincle de confiança, sorgit de la coneixença del projecte vital de l'adolescent, ajudarà al professional a decidir, en cada moment, si permet que l'adolescent decideixi, sense por de caure en l'adultisme, o si limita la seva participació en la decisió final,

sense por de caure en el paternalisme. I quan un dia es plantegi una situació d'alt risc com, per exemple, una situació de final de vida, el professional tindrà elements de judici que li donaran seguretat per iniciar aquest procés, donant el protagonisme a l'adolescent i ajudant els pares i altres familiars a fer el mateix.

6. Proposta (II): Reconeixement i capacitació, bases de la coneixença

Deixar participar l'adolescent en les decisions que l'afecten li permet desenvolupar capacitats, alhora que implica i permet reconèixer-lo com a persona en procés de maduració i, doncs, amb cert grau d'autonomia, malgrat sigui vulnerable. Analitzem les idees de capacitat i reconeixement (Martín, 2015).

Martha C. Nussbaum proposa una llista de 10 capacitats a desenvolupar, almenys, fins a un llindar mínim que asseguri una vida digna i fins el màxim possible per a cadascú. Nosaltres proposem una aplicació d'aquestes capacitats a la presa de decisions anticipades en vistes al final de vida d'un adolescent. Les capacitats són: primera, vida (fer un procés de PDA adaptat a les circumstàncies, context i necessitats de l'adolescent); segona, salut corporal (prendre decisions sobre tractaments de suport vital o mesures de confort, etc.); tercera, integritat corporal (prendre decisions sobre visites, sexe de l'higienista o sobre qualsevol qüestió que afecti a la intimitat); quarta, sentits, imaginació i pensament (garantir els drets educatius dins l'hospital); cinquena, emocions (expressar por o angoixa davant la pèrdua d'autonomia i la proximitat de la mort); sisena, raó pràctica (raonar i decidir sobre les alternatives de tractament, cosa que requereix tenir una informació adaptada); setena, afiliació (ser tractat amb dignitat per l'equip mèdic i poder mantenir els vincles d'amistat); vuitena, altres espècies (tenir contacte amb animals o amb la natura, pels seus efectes terapèutics); novena, joc (garantir oportunitats d'oci dins l'hospital); i desena, control sobre l'entorn (decidir sobre l'ambient, és a dir, decidir quina llum, temperatura o objectes vol tenir en els últims moments).

Deixar participar als adolescents permet que adquireixin capacitats, perquè implica reconèixer-los com a interlocutors. El reconeixement (Honneth, 1996), que és mutu, possibilita transformar les relacions conflictives en relacions de cooperació. Honneth proposa tres esferes de reconeixement, que s'han de donar progressivament: emocional, legal i social. El reconeixement emocional es concreta en acceptar l'adolescent en la seva individualitat, cosa que li genera autoconfiança. El

reconeixement legal es concreta en respectar l'adolescent com a subjecte de drets i deures, cosa que li genera autorespecte. I el reconeixement social es concreta en considerar l'adolescent com a subjecte en procés de maduració i, per tant, amb certes capacitats, cosa que li genera autoestima.

7. Proposta (i III): Quatre maneres de construir un vincle amb l'adolescent

Aquest acompanyament, basat en la capacitació i el reconeixement de l'adolescent, i necessari per crear un vincle entre ell i el professional, dèiem que havia de començar, a ser possible, en la primera visita. Però, certament, aquest és un ideal difícil d'assolir per diverses raons.

D'entrada, generalment, la relació entre un adolescent i el seu professional de referència és esporàdica. L'adolescent sa només va al metge de tant en tant, per patologies lleus (quan té un refredat o quan es lesiona jugant o fent esport). Per tant, es fa difícil fer un seguiment que permeti la coneixença i acompanyament de l'adolescent. L'habitual és que l'acompanyament comenci, amb totes les barreres esmentades, quan la malaltia ha evolucionat molt i l'adolescent ja ha entrat en fase de final de vida, de forma que les decisions ja no es poden posposar.

Però, a més, als 15 anys els adolescents fan el canvi de pediatria a medicina general. Aquest fet té dues implicacions. Primera, és difícil haver creat un vincle amb un professional que també tractava infants (pediatre) i serà difícil crear-lo amb un professional que també tractarà adults (metge de família). El pediatre té el risc de caure en el paternalisme i el metge de família, en l'*adultisme*. Segona, encara que l'adolescent hagués creat un vincle amb el pediatre, en el moment de fer el canvi, aquest vincle pot trencar-se, sobretot si canviar de metge implica canviar de centre mèdic.

Intentem abordar aquestes dificultats amb quatre propostes.

La primera proposta és crear l'especialitat mèdica d'adolescentologia. De fet, ja existeix en alguns països de Sud-Amèrica. Es defineix com *la subespecialitat pediàtrica dedicada a cuidar les persones entre els 10 i els 20 anys, per prevenir les malalties típiques d'aquesta edat, promoure hàbits saludables, i diagnosticar i tractar els desequilibris en salut*⁸.

⁸ Vegeu: <http://adolescentessalud.blogspot.com.es/2008/08/adolescentologa.html>

Si aquesta primera proposta no resultés viable o, si més no, mentre no es pogués implementar, una altra manera de construir el vincle amb l'adolescent seria fer un traspàs entre pediatre i metge de família. Es tractaria de fer un traspàs similar al que fan els docents quan els alumnes passen de curs. La diferència seria que el traspàs mèdic hauria de tenir el consentiment de l'adolescent i, en la mesura que ell volgués, la seva presència i participació.

La tercera proposta és aprofitar el vincle que es crea entre els adolescents i els professionals sanitaris en el marc del programa Salut i Escola (PSiE), en virtut del qual els centres adscrits disposen d'una infermera escolar⁹. En aquest context sí que es crea vincle entre l'adolescent i el professional sanitari del centre docent. Per això pensem que es podria aprofitar aquest vincle per potenciar-lo, també, amb el professional de referència. La proposta seria fer un treball coordinat entre l'adolescent, el professional del centre i el professional de l'ambulatori.

I la quarta proposta té en compte el fet que crear vincles amb l'adolescent passa, inevitablement, per saber-s'hi comunicar i això implica adaptar-se a la manera com els adolescents es comuniquen avui: utilitzant les noves tecnologies. La proposta és crear l'espai "La Meva Salut Jove", on hi podria haver, per exemple, xats amb el professional i amb altres pacients (quan l'adolescent estigui hospitalitzat); informació sobre la seva malaltia; recursos de lleure amb objectius terapèutics (lectures, música...); o aplicacions informàtiques de foment de la presa de decisions (ex.: De la Flor, et al., 2014), entre d'altres.

8. Trencant (algunes) barreres. A mode de conclusió

Caldria assegurar la viabilitat d'aquestes propostes valorant el grau d'acceptació que tindrien per part de tots els implicats. S'hauria de veure si milloraria la comunicació dels adolescents amb pares i professionals, si ajudaria als pares a sentir-se més

⁹ El PSiE neix el 2004, com a iniciativa conjunta del Departament de Salut i el Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya, amb el propòsit de potenciar la coordinació dels centres docents, els serveis educatius i els serveis sanitaris en accions de promoció de la salut i d'atenció a l'alumnat. La infermera escolar pot detectar signes de preocupació dels adolescents sobre la seva salut i l'actuació des del mateix centre permet la prevenció, la detecció i la gestió d'aquestes preocupacions.

Vegeu:

http://salutweb.gencat.cat/ca/ambits_tematics/per_perfiles/centres_educatius/programa_salut_escola/

compresos i a tolerar més les demandes de confidencialitat dels fills, i si ajudaria als professionals a individualitzar tractaments sense posar en risc la seva vida privada.

Si les propostes fossin acceptades, creiem que ajudarien a superar les barreres descrites més amunt i, en conseqüència, a aconseguir els tres grans beneficis que s'ha demostrat que té la PDA (Boss, et al., 2015; Lotz, et al., 2014; Zinner, 2009): primer, augmentar la sensació dels adolescents de tenir seguretat i control sobre la seva situació, alhora que també dóna seguretat a pares i professionals; segon, millorar la qualitat de la cura que s'ofereix als adolescents (perquè redueix patiment innecessari) i als seus pares; i tercer, respectar l'autonomia del pacient i els desigs de la família.

Amb tot, sempre hi haurà barreres que no es podran trencar. I és que mai ningú no es pot sobreposar a la certesa que desapareixerà un fill, un pacient jove o la pròpia vida. Només es pot intentar aprendre a conviure-hi.

Agraïments

Volem agrair les opinions que hem compartit al respecte d'aquesta temàtica amb Núria Terribas (Directora de la Fundació Víctor Grifols i Lucas), Màrius Morlans (metge i cofundador del Comitè d'Ètica Assistencial de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron) i Marisa Serra (coordinadora del Consell de Joves de l'Hospital Materno-infantil de Sant Joan de Déu d'Esplugues de Llobregat).

Bibliografia

Beauchamp, Tom L.; & Childress, James F. (1983). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press, New York.

Boss, Renne D.; Hutton, Nancy; Griffin, Pamela L.; Wieczorek, Beth H.; & Donohue, Pamela K. (2015). Novel legislation for pediatric advance directives: Surveys and focus groups capture parent and clinician perspectives. *Palliat. Med.*, 29(4):346–53.

Comitè de Bioètica de Catalunya (2010). *Consideracions sobre el document de Voluntats Anticipades*. Barcelona. Direcció General de Recursos Sanitaris, p. 5-6

De la Flor, Míriam; et al. (2014). *Programa De Toma De Decisiones Compartida en el Cáncer de Mama con Mastectomía. El Derecho de la Mujer a Decidir*. Treball d'investigació becat per la Fundació Víctor Grifols i Lucas, consultable a:

<http://www.fundaciogrifols.org/ca/web/fundacio/-/shared-decision-making-program-in-breast-cancer-with-mastectomy-the-right-of-women-to-decide> ko

Dickey, Susan B.; & Deatrick, Janet A. (2000). Autonomy and Decision Making for Health Promotion in Adolescence. *Pediatr. Nurs.*, 6(5):461–7

Gordy, Kimberly. (2011). Adding Life to the Adolescent's Years, Not Simply Years to the Adolescent's Life: The Integration of the Individualized Care Planning & Coordination Model and a Statutory Fallback Provision. *YALE JOURNAL OF HEALTH POLICY, LAW, AND ETHICS*, XI: 1

Honneth, Axel. (1996). *Struggle for Recognition: The Moral Grammar of Social Conflicts*. Translated by Joel Anderson. The Mit Press: Cambridge, Massachusetts.

Lotz, Julia D.; Jox, Ralf J.; Borasio, Gian D.; & Führer, Monika. (2014). Pediatric advanced care planning from the perspective of healthcare professionals: A qualitative interview study. *Palliat. Med.* 2015;29(3):212–22.

Lyon, Maureen E.; McCabe, Mary Ann; Patek, Kantilal M; & D'angelo, Lawrence J. (2004). What Do Adolescents Want? An Exploratory Study Regarding End-of-Life Decision-making. *Journal of Adolescent Health*, 35:529.e1–529.e6

Martín, Júlia. (2015). Minor patients' autonomy. Recognizing the dignity to create capabilities. *Ramon Llull Journal of Applied Ethics*, vol. 6 (53-66).

McAliley, Lauren G.; Hudson-Barr, Diane C.; Gunning, Robin S.; & Rowbottom, Linda A. (2000). The use of advance directives with adolescents. *Pediatric Nursing*, Vol 26, Issue 5, 471-80

Nussbaum, Martha C. (2011). *Creating Capabilities: the human development approach*. Cambridge Mass [etc.] Belknap.

Siurana, Juan C. (2005) *Voluntades anticipades: una alternativa a la muerte solitaria*. Madrid, Trotta.

Zinner, Susan E. (2008). The Use of Pediatric Advance Directives: A Tool for Palliative Care Physicians. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, vol. 25, n. 6, 427-430

Legislació sobre la matèria

Organització de les Nacions Unides. (1959). Declaració de les Nacions Unides sobre els Drets de l'Infant, ONU.

Organització de les Nacions Unides. (1989). Convenció de les Nacions Unides sobre els Drets de l'Infant (CNUDI), ONU.

Organització de les Nacions Unides. (2003). Convenció de les Nacions Unides sobre els Drets de l'Infant (CNUDI). Observació General núm. 12, ONU.

Save the Children. (1924). Declaració de Ginebra sobre els drets del Nen, Ginebra, Suïssa.

Parlament Europeu. (1986). Carta Europea de Drets dels Infants Hospitalitzats. Parlament Europeu.

España. Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, «BOE» núm. 15 (1996).

España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, «BOE» núm. 274 (2002).

Espanya. Llei 21/2000, de 29 de desembre, sobre els drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient, i la documentació clínica, D.O.G.C., núm. 3303 (2000).

Espanya. Llei 14/2010, de 27 de maig, sobre els drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència, D.O.G.C., núm., 5641 (2010).

Altra bibliografia d'interès

Bayés, Ramon. (2001). *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona, Martínez Roca.

Cassell, Eric. (2009). *La persona como sujeto de la medicina*. Barcelona, Quaderns de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, nº19.

Comitè de Bioètica de Catalunya (2009). *La persona menor d'edat en l'àmbit de la salut*. Barcelona, Comitè de Bioètica de Catalunya.

Costa-Alcaraz, Ana María. (2012). Ética del reconocimiento recíproco en el ámbito de la salud. *Dilemata*. Nortamerica, year 4, num. 8, pp 99-122.

De Los Reyes López, Manuel; & Sánchez Jacob, Marta (eds.). (2010). *Bioética y Pedatría. Proyectos de vida plena*. SEP, Ergon.

Emanuel, Ezekiel, J; & Emanuel, Linda L. (2010). Quatre models de relació metge-pacient (1 i 2). *Annals de Medicina*. Barcelona, vol. 93., num 3., pp. 133 i num. 4, pp. 180-184.

Gough, Ian. (2007/08). El enfoque de las capacidades de M. Nussbaum: un análisis comparado con nuestra teoría de las necesidades humanas. *Papeles de Relaciones Ecosociales y Cambio Global*. Madrid, num. 100, pp. 177-202.

Honneth, Axel. (2009). *Reconeixement i menyspreu: sobre la fonamentació normativa d'una teoria social*. Barcelona, CCCB.

Ricoeur, Paul. (1996). *Sí mismo como otro*. Madrid, SigloXXI. Transl. Agustí Neira

Torrallba, Francesc. (2002). *Ética del cuidar: fundamentos, contextos y problemas*. Madrid, Fundación MAPFRE.

Sobre les autores:

Júlia Martín Badia és especialista en bioètica, té formació en ètica de la relació assistencial, implicacions ètiques de la ciència i la tecnologia, drets humans i apoderament de col·lectius vulnerables. S'interessa especialment per les àrees d'infància-adolescència i gènere. Aquesta formació l'ha obtinguda a la Universitat de Barcelona a través de la llicenciatura de Filosofia, el Màster de Bioètica i Dret, el Màster de *Ciutadania i Drets Humans: Ètica i Política* (especialitat de *Bioètica i Ètiques Aplicades*), el Postgrau de Pedagogia Hospitalària a Neonatologia i Pediatria, i la tesi doctoral que està desenvolupant dins del programa *Ciutadania i Drets Humans* (línia d'investigació de *Bioètica i Ètiques Aplicades*). La tesi es titula *Cap a l'autonomia de l'adolescent: model d'acompanyament per a professionals assistencials*, i la lectura està prevista per juny de 2019.

Balma Soraya Hernández Moscoso és Treballadora social sanitària, desenvolupa la seva tasca assistencial en l'equip de cures pal·liatives pediàtriques de l'hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Té formació en acompanyament al dol, intervenció sistèmica amb col·lectius vulnerables i en situació de crisi. Té els títols de màster de *Ciutadania i Drets Humans: Ètica i Política* (especialitat de *Bioètica i Ètiques Aplicades*) i Treball Social Sanitari i està interessada en intervenció psicosocial amb infants i adolescents greument malalts. Participa en recerca relacionada amb aspectes socioculturals i espirituals de l'atenció al pacient pediàtric en fi de vida.

CONFIDENCIAS Y DESCONFIANZAS ENTRE PSIQUIATRÍA Y FILOSOFÍA

Oriol Molina

Resumen: Se examinan la radical falta de articulación entre la psicopatología, de corte neokantiano, y la filosofía existencial de Karl Jaspers en relación al vínculo entre delirio y realidad, cuestión central en psiquiatría y en antropología filosófica. El problema pende de la articulación de los distintos modos de apertura a la realidad. Una fenomenología de la vida que describa el conocimiento en términos de contacto con el mundo en forma de hábitos permite que la psicopatología se apropie de lo existencial, a condición de sustituir el carácter objetivante del conocimiento psicopatológico por una hermenéutica de los hábitos que sostienen el mundo de la vida.

Palabras clave: Karl Jaspers, delirio, realidad, psicopatología, existencialismo, mundo de la vida.

Abstract: We examine the fundamental lack of articulation between Karl Jaspers' psychopathology, within a Neokantian frame, and his existential philosophy in relation to the links between delusion and reality, a central issue in psychiatry and philosophical anthropology. The problem lays in how are to be articulated the different modes of openness to reality. A phenomenology of life that describes knowledge in terms of contact with the world in the form of habits enables psychopathology to appropriate existential experiences at the expense of replacing the objectifying character of scientific psychopathological knowledge with a hermeneutics of the habits that sustain the life-world (*Lebenswelt*).

Keywords: Karl Jaspers, delusion, reality, psychopathology, existentialism, life-world.

Existe interés recíproco entre filosofía y psiquiatría. Por ello, también cobran importancia sus desencuentros, particularmente llamativos si psiquiatra y filósofo resultan ser la misma persona. Las radicales faltas de articulación entre el pensamiento psicopatológico y filosófico de Karl Jaspers merecen ser examinadas. Me centraré aquí en su modo de articular el concepto de delirio, puesto que éste inspira la definición de delirio que se encuentra en los manuales de diagnóstico o que suele manejarse en la práctica psiquiátrica orientada biomédicamente. La desconfianza a la que me refiero resulta tanto más sospechosa cuando no está reñida, al contrario, con un insistente exordio por parte de esa misma psiquiatría a favor del humanismo filosófico. En palabras del propio Jaspers:

Un estudio exhaustivo de la filosofía no es de ningún valor positivo para el psicopatólogo, más allá de la importancia de la metodología. (...) Nos puede proteger de plantear las preguntas equivocadas, ahorrándonos discusiones irrelevantes en las que tan sólo desplegamos nuestros prejuicios. En un segundo orden de cosas, el estudio de la filosofía produce una contribución positiva a la calidad humana del psicopatólogo y con ello le ayuda a clarificar sus propias motivaciones (Jaspers, 1997a, p. 6).

Y, finalmente, he escogido el tema del delirio porque, como tantas veces se ha repetido y Henri Ey sentenció definitivamente (Ey, 1998, p. 71), se trata del problema **central** de la psicopatología, una idea de la que Jaspers también participa.

Antes que nada, es preciso recordar que por psicopatología se entiende algo distinto a psiquiatría. La psicopatología nace del fracaso del primer siglo de psiquiatría¹⁰. Ésta, a pesar de haber realizado descripciones exhaustivas de la conducta del enfermo, no tomó conciencia ni trascendió los supuestos científico-naturales con los que manejaba el lenguaje del que se servía, con un uso casi siempre positivista de términos tales como *representación*, *percepción*, *juicio*, *creencia*, *sujeto*, *objetivo*, *realidad*, etc. La explícita toma de conciencia de esta situación, el subsiguiente desarrollo de nuevos lenguajes o la revisión crítica de los anteriores modos de concebir los fenómenos psiquiátricos es lo que debe entenderse por psicopatología, algo inextricablemente unido a la constatación de la especificidad de la experiencia psiquiátrica frente a otro tipo de experiencias cercanas, pero no idénticas, como puedan ser la científico-natural, la filosófica o la humanista (Ramos y Rejón, 2002, p. 56). A pesar de las múltiples críticas (pertinentes en su mayoría) que ha recibido, la psicopatología general de Karl Jaspers, publicada en 1913, perdura como modelo de psicopatología. Enumero sus principales líneas conceptuales: en primer lugar, el rechazo

¹⁰ Emminghaus emplea la voz “psicopatología” por 1ª vez en 1887. Las seminales obras de Ph. Pinel datan de 1798 (Nosografía) y 1801 (Tratado).

a la reducción del comportamiento mórbido a patología cerebral; algo que, en aquel contexto histórico, se inscribe en la «disputa sobre el método» (*Methodenstreit*) y la adscripción, en opinión de Jaspers, de buena parte de lo psicopatológico (la psicología del significado o *Verstehende Psychologie*) a la esfera de las ciencias del espíritu (*Geisteswissenschaften*) mediante los conceptos diltheyianos de comprensión (*Verstehen*) y vivencia (*Erlebnis*). En segundo lugar, invoca a la primeriza fenomenología (la de las *Investigaciones Lógicas* de Husserl) en tanto método para penetrar en la experiencia subjetiva del enfermo (Jaspers, 1977). No es compatible el sentido que Jaspers da a la fenomenología con el idealismo trascendental que Husserl defendía en aquel mismo momento. En tercer y último lugar, su proyecto psicopatológico se acuña en un molde neokantiano, a pesar que Jaspers nunca lo señala explícitamente (Walker, 1993a b, 1994). Por neokantiano entiendo lo que indica Marías, “los neokantianos son positivistas que dejan de serlo, que vienen del positivismo” (Marías, 2016, p. 280); aquellos que leen la primera crítica kantiana en clave positivista, de forma que rechazan la posibilidad de un **conocimiento** metafísico al mismo tiempo que encauzan la tendencia natural (*Naturanlage*) a la metafísica **exclusivamente** en los márgenes de la razón práctica. Por ello, en lo concerniente a las ciencias, la filosofía se limita a teoría del conocimiento. Precisamente a esto se refiere Jaspers cuando sostiene que el estudio de la filosofía sólo faculta al psicopatólogo para la crítica de los métodos en que se fundan los datos de su ciencia.

Es en este contexto que Jaspers articula su psicopatología del delirio. Nuestro DSM lo define como una creencia errónea que habitualmente implica una mala interpretación de percepciones o experiencias. Para Jaspers, el delirio se manifiesta **vagamente** (*sic*) en juicios que exhiben los siguientes rasgos **externos** (*sic*): son falsos, de contenido imposible, son sostenidos con absoluta certeza subjetiva de forma que no se modifican por experiencias contrarias ni se rebaten mediante argumentos. A pesar que Jaspers se limita a afirmar que el delirio sólo se *manifiesta en* juicios, no que el delirio *se sustancie o consista* en juicios; los autores del DSM, la CIE y buena parte de los psiquiatras así lo consideran. Para ellos, los delirios son juicios de creencia sobre el mundo y/o el yo sostenidos como juicios de existencia. Cabe apuntar que considerar así al delirio acaba por conducirnos a la paradoja que el alienista Leuret tan bien ilustró:

No me ha sido posible, pese a mi esfuerzo, distinguir por su sola naturaleza una idea loca de una idea razonable. He buscado en Charenton, en Bicêtre, en la Salpêtrière, la idea que parecía más

loca; luego, cuando la he comparado a un buen número de ellas que encontramos en el mundo, me he quedado sorprendido y casi avergonzado de no ver la diferencia. (Colina, 2007, p. 23)¹¹

Jaspers también advierte lo mismo: “Decir sencillamente que el delirio es una idea equivocada sostenida firmemente por el paciente y que no puede ser corregida sólo responde de forma superficial e incorrecta el problema” (Jaspers, 1997a, p. 93). Y en el mismo sentido añade: “La facultad crítica no está obliterada sino puesta al servicio del delirio (...) Una actitud altamente crítica es tan rara en los paranoicos como en la gente sana (...)” (*ob. cit.* p. 97).

Por ello, Jaspers se esfuerza por profundizar en la naturaleza del delirio en una breve pero importante digresión titulada *Intuición de realidad—comentario lógico y psicológico* dentro de la sección *Delirio e intuición de realidad* (Jaspers, 1997a, pp. 93-95). Ahora bien, es necesario interpretar esa digresión a la luz de la biografía de Jaspers y de la trayectoria editorial de su obra. A pesar de que Jaspers elaboró su psicopatología cinco lustros antes de publicar sus principales obras filosóficas¹², **la revisó profundamente y la reescribió parcialmente en su cuarta edición**, durante el verano de 1942 (Kirkbright, 2004, p. 74). A diferencia de la edición original de 1913, en ese momento se encontraba ya en plena madurez filosófica como existencialista. Se ocupó en esta tarea puesto que había sido apartado de su plaza en la universidad por estar casado con una judía (*op. cit.* p. 165). La versión inglesa que manejamos, obra de Hönl y Hamilton, es una traducción de la séptima edición alemana de 1959. Así, ejerciendo en tanto psicopatólogo aunque en plena madurez filosófica, Jaspers expone que las vivencias de realidad, en las que emplaza el delirio, suponen tres niveles consecutivos de intuición de realidad, a saber: primero, la realidad como *sensibilidad* concreta a diferencia de lo meramente imaginado. Segundo, que la realidad percibida descansa sobre una previa *intuición del Ser* y, en tercer y último lugar, que toda realidad se *experimenta* en su fundamento en tanto *resistencia a nuestro empeño por existir*. En otras palabras, se refiere al acceso *empírico* a lo real, a la intuición de *esencias* como base de cualquier *conocimiento* de la realidad y a la *experiencia radical* de existir. Concluye señalando que, en su opinión, la naturaleza del delirio radica en una **intuición debilitada tanto de las esencias como de la propia existencia**. En esta escueta y

¹¹ La cita pertenece originariamente a Leuret, François, 1834, *Fragments psychologiques sur la folie*. Paris: Crochard.

¹² En el período entre 1909 y 1915 fue asistente en la clínica psiquiátrica de Heidelberg, y escribió sus trabajos psicopatológicos. En 1932 publicó *Filosofía* (3 volúmenes), en 1935 *Razón y Existencia* (*Vernunft und Existenz*) y en 1936 *Nietzsche. Una introducción a la comprensión de su actividad filosófica*.

dogmática conclusión pienso que se encuentran cifrados tanto el problema de la naturaleza del delirio como la grave cuestión de si es posible una psicopatología científica en clave positivista o cuasi-positivista.

Jaspers siempre sostuvo que la psicopatología era científica. Por otro lado y a pesar de considerar el delirio como la cuestión central de la psicopatología, no consiguió articular o precisar las relaciones del delirio *como juicio* (la habitual definición de delirio, aunque para Jaspers, como ya vimos, se trata de una definición *superficial y errónea*) y del delirio *como vivencia alterada de realidad*. El problema no termina ahí: Jaspers tampoco se pronuncia acerca de cuál de los dos niveles de intuición de realidad se encuentra fundamentalmente debilitado en el delirar: ¿se trata de la intuición de esencias o de la experiencia existencial?, ¿están ambos alterados simultáneamente o la intuición de esencias se altera a partir de la distorsión de la experiencia existencial, como así parece sugerirlo la estratificación secuencial de la descripción?, ¿entre un nivel y otro hay relaciones de causalidad extrínseca formulables en los términos “conceptuales y sistemáticos” que exige la ciencia o una relación de funcionalidad intrínseca que es constitutivamente indeterminable?

Por ello, parece que Jaspers no consigue que su psicopatología científica armonice con sus intuiciones existenciales. Tal vez éste sea el motivo por el que su legado consista, en este punto, en un *inventario* de los rasgos del juicio delirante, incluso en contra de su propia advertencia. Tal vez el problema radique tanto en su neokantismo como en su personal existencialismo. Las críticas negativas que Jaspers dedica, a partir de la cuarta edición en adelante, a la aproximación existencial a la psicopatología de Ludwig Binswanger, concebida a partir de la ontología existencial de *Ser y Tiempo*, no sólo revelan su disgusto por la ontología heideggeriana sino también *su desaprobación ante los esfuerzos por dar forma conceptual al vínculo entre psicopatología y existencia*.

Pero si él [el psiquiatra] se vuelve hacia los esfuerzos de la moderna filosofía existencial y los emplea como medios para adquirir conocimientos psicopatológicos, haciendo de ellos un elemento positivo de la psicopatología, está incurriendo en un error científico (Jaspers, 1997b, p. 776).

Esos autores que aplican esta ontología a su psicopatología me parece que, aunque estén en constante contacto con las esencias filosóficas, no hacen sino tratarlas como si fueran algo objetivo, conocido y descubierto. Al proceder así, se pierde de vista a la filosofía y no se obtiene conocimiento real (*ob. cit.* p. 777).

Las interpretaciones metafísicas del enfermar no son materia de una psicopatología científica (*ob. cit.* p. 778).

Jaspers ha sido emplazado, junto a Marcel, en un existencialismo más afín al de Kierkegaard que a la ontología existencial de Heidegger o Sartre, aunque el suyo no sea un existencialismo cristiano (Jolivet, 1962, p. 220). El término que define con mayor precisión su filosofía es el de “iluminación de la Existencia” (*Existenzerhellung*). Jaspers rechaza el método y las ambiciones de Heidegger, a quien acusa de construir una filosofía *sobre* la existencia, de convertir a la existencia en objeto del pensamiento (Jaspers, 1990, p. viii-xxxv). Para el Jaspers filósofo hay absoluta oposición entre la esencia (*Sein*) y la existencia (*Dasein*), de forma que le resulta inaceptable sostener, aunque sea con intención polémica, el aforismo heideggeriano: “La «esencia» del *Dasein* consiste en su existencia” (Heidegger, 2009, p. 63). Jaspers inscribe su pensamiento, como Marcel, en una búsqueda filosófica asentada en la existencia y marca distancias con las doctrinas que pretenden conferir prioridad *conceptual* a la existencia frente a la esencia (Blázquez, 1995, p. 29). Por ello, el análisis existencial no puede conducir a ninguna *verdad* comunicable ni, menos aún, universalizable.

Ahora bien, Jaspers abre precisamente su tratado de psicopatología afirmando: “La ciencia exige un pensamiento conceptual y sistemático que pueda ser comunicado a otros. Sólo en la medida que la psicopatología lo consiga puede reclamar ser considerada una ciencia” (Jaspers, 1997a, p. 2). Entonces, podemos preguntarnos: ¿cómo pretende Jaspers que formulemos *científica, pero también verazmente*, el delirio si éste tiene como fundamento una intuición disminuida de la propia existencia y la existencia, a su turno, carece de estructura y es pura posición?, ¿cómo puede ser viable la psicopatología *científica* del fenómeno más esencial de la locura si éste enraíza en la existencia?, ¿acaso será imposible traducir al *logos* proposicional la intuición muda de una existencia alienada que se nos da en el encuentro con el paciente (Solé, 2016)?

De todos modos, no creo que la aporía provenga, exclusivamente, de la oposición entre neokantismo y existencialismo. Soy de la opinión que nos hallamos ante el interrogante sobre la posibilidad de fundamentar la psicopatología como ciencia en una era que se ha definido como postmetafísica. Por postmetafísica entiendo que, tras la «crisis de la razón», no puede seguir considerándose que el saber filosófico versa sobre lo trascendente en tanto inmutable, necesario y eterno. Ahora bien, conviene no asimilar directamente lo postmetafísico “con el desenmascaramiento de todo pseudoproblema metafísico que el positivismo cree haber alcanzado, delatando su intención de elevar a absoluto el planteamiento de las ciencias experimentales de la naturaleza” (Habermas, 1990, p. 38). El pensamiento postmetafísico “vuelve la mirada (...) hacia la espesura del

mundo de la vida, se libera del logocentrismo. Descubre una razón que opera ya en la práctica comunicativa misma” (*op. cit.* p. 61). Siempre partimos de nuestra lengua y de nuestra propia forma de vida al intuir lo supuestamente objetivo. En este contexto, la psicopatología, con intereses médicos y filosóficos entrecruzados, tiene dos alternativas. Puede, por un lado, abrazar a la única «metafísica» vigente en el ámbito médico, el positivismo, y con ello, tanto soslayar una parte fundamental de sí misma como desconfiar de la filosofía estricta y limitarse a predicar el humanismo como medida paliativa de los excesos que en la práctica psiquiátrica conlleva el positivismo. Pero también puede, por otro lado, tratar de encontrar para la empiricidad psiquiátrica *otra forma de ser objeto*.

En nuestro entorno, disponemos del muy apreciable esfuerzo de Ramos y Rejón para alinear la psicopatología con el compromiso de Habermas con el trascendentalismo kantiano. Ellos encuentran en la noción kantiana de *esquema* el esqueleto vertebrador de la actividad psicopatológica (Ramos y Rejón, 2002, p. 103). Kant resuelve la sempiterna cuestión del vínculo entre sentir e intuir, cuestión que se encuentra en la misma base del problema acerca de la intuición de la realidad, recurriendo al esquema. Ahora bien, la vinculación del esquema con la imaginación que Kant propugna deviene problemática para la psicopatología desde el momento en que la imaginación tiene funciones muy distintas en la primera y en la tercera crítica. Ramos y Rejón aclaran que se refieren al uso *reflexionante* del esquema, el propio de los juicios estéticos y teleológicos. También podemos denominar *hermenéutico* a este uso del esquema (Makkreel, 1990). Lo reflexionante o hermenéutico bien aplicado impediría pensar la experiencia concreta del enfermo determinándola *a priori*, tarea harto delicada puesto que Ramos y Rejón consideran que, por ejemplo, la psicopatología existencial de Binswanger fracasó por aplicar las “categorías” existenciales de Heidegger de un modo *demasiado* determinante. Entonces, si tan sencillo es recaer en la aplicación determinante del pensamiento existencial, ¿cómo no verse abocado al fatalismo de Jaspers y sucumbir a alguna forma *atenuada* de positivismo, como pueda ser su neokantismo?, ¿cómo alcanzar el equilibrio apropiado entre negatividad y positividad del esquema para evitar encasillar la existencia y, simultáneamente, posibilitar que la psicopatología como actividad sea racionalmente comunicable aunque en su base palpita una inefable comunicación existencial?, ¿cuál es la medida apropiada del uso del esquema reflexionante en psicopatología?

Confieso que no puedo responder satisfactoriamente estas preguntas. Ahora bien, sí creo que el problema expuesto señala la necesidad de renunciar a la insistencia de Jaspers de ahormar la psicopatología a la ciencia, en la forma de un conocimiento conceptual y sistemático. Si la psicopatología debe evitar los excesos de la actitud determinante, debe ser más hermenéutica y abrirse a la filosofía en toda su amplitud. Ello no comporta, por el lado opuesto, renunciar al ideal de psicopatología como saber riguroso, postura en la que podemos vernos inmersos si, al igual que el Jaspers filósofo, absolutizamos hasta tal punto la existencia que deviene imposible articularla con la realidad sentida empíricamente ni objetivada en tanto conocimiento, ya sea determinante o reflexionante. Más fructífera que la dicotomía conceptual - existencial de Jaspers resulta la propuesta de Habermas, quien aprecia en la teoría de la subjetividad de G. H. Mead una articulación de los motivos existenciales de Kierkegaard con un proceso de socialización lingüísticamente mediado, y por ende comunicable (Habermas, 1999, p. 192). A mi entender, en el caso de la psiquiatría, más imperioso resulta, si cabe, vincular primero lo existencial con la *corporalidad*, antes que con la significatividad lingüística. Llamativamente, tanto Jaspers como Heidegger omitieron el papel del cuerpo en la existencia:

Implícitamente se sugiere que la ontología del *Dasein* ofrecería una mirada exenta de los problemas del dualismo de cuerpo y espíritu. Sin embargo, esta sugerencia resulta difícil de evaluar en la medida en que *Ser y Tiempo* no ofrece un estudio detallado acerca de la corporalidad del *Dasein*. (Rubio, 2015, p.77)

A diferencia de ellos, y tal vez por el carácter cristiano de su existencialismo, Marcel sí insistió en la **encarnación** “como dato central de la metafísica, situación de un ser que aparece como ligado a un cuerpo” (Blázquez, 1995, p. 28). Marcel influyó así en la fenomenología francesa de la vida que inaugura Merleau-Ponty, y cuyo paradigmático representante es Michel Henry. El cuerpo subjetivo de Merleau-Ponty sigue la distinción que el Husserl tardío trazara entre cuerpo inanimado (*Körper*) y cuerpo animado (*Leib*) en el libro segundo de *Ideas*. En el tramo final de su trayectoria, Husserl considerará que el yo trascendental del libro primero de *Ideas* se sostiene sobre hábitos que lo ligan al mundo de la vida: “El eidos yo trascendental es impensable sin el yo trascendental como fáctico” (*Hua* XV, 385, citado en San Martín, 2015, p. 171). Consistiendo en la interacción entre agente y mundo, estos hábitos *son* nuestro contacto con el mundo, erigiéndose así en un “saber que puedo”, un **conocimiento encarnado** que pongo en práctica cuando *actúo*:

Desde el nuevo planteamiento, que se muestra de modo eficaz mediante el camino de la psicología, la vida humana es, ante todo, vida que tiene experiencia de mundo, una «welterfahrendes Leben», en la que el mundo es el correlato del gran hábito básico; el mundo es el correlato de la *Welthabe*, el hábito o tenencia de mundo. **La vida humana natural (...) consiste en estar en esa Welthabe** [mi énfasis], en la que diseñamos nuestros proyectos, profesiones, etc., mientras que la filosofía es una vuelta hacia atrás para tomar conciencia, ante todo, de que ese mundo es nuestro mundo, nuestro correlato, el mundo que la vida - animal, de los otros y mía - ha constituido, por el que el yo es, ante todo, un yo intersubjetivo y, más allá aún, un yo vital que comparte la vida con otros seres vivos, para los cuales el mundo es su correlato (San Martín, 2018, p. 28).

El camino de la psicología que menciona San Martín consiste en el que, a su parecer como estudioso de Husserl, es uno de los caminos con los que la fenomenología tardía opera para acceder a la filosofía, junto con el acceso desde las ciencias humanas o mundo de la vida (San Martín, 2015, p. 28). En el camino psicológico de la fenomenología, la locura es un tema crucial que obliga a revisar radicalmente el sentido que se suele dar a la epojé de Husserl:

La primera sorpresa, absolutamente decisiva, que nos deparan las lecciones [se refiere a las lecciones de invierno de 1923/1924], es que la crítica de la experiencia que proponía para legitimar la epojé resulta ahora inconsistente, puesto que lo único que esa crítica demuestra es que mis vivencias pueden desajustarse y no darme un mundo, pero eso no quiere decir que el mundo no exista, sino que yo puedo haberme vuelto loco (San Martín, 2015, p. 172).

Por eso San Martín sostiene que “(...) pensar la locura es una tarea básica de la fenomenología” (*op. cit.* p. 173): “pues en definitiva lo que se muestra es que el mundo es una creencia en la realidad del mundo, resultado de la armonía de mis vivencias que puede destruirse.” (*op. cit.* p. 173).

La noción de conocimiento encarnado de la fenomenología de la vida reviste, para nuestro propósito, importantes virtudes. La irresoluble oposición jaspersiana entre lo conceptual y lo existencial ha sido disuelta por parte de una psiquiatría postmoderna que califica de fábula la existencia de «hechos» psicopatológicos como el delirio. La única realidad del sujeto sería existencial, íntima, incomunicable e inasible y el resto serían meras interpretaciones, todas ellas con idéntica (escasa) legitimidad. Dentro de este paradigma, se considera inclusive *perjudicial* diferenciar los delirios de las narraciones que el resto de nosotros construimos acerca de quiénes somos. La corriente postpsiquiátrica así lo sostiene al considerar adventicias al quehacer psiquiátrico el uso de «tecnologías» como el diagnóstico psicopatológico:

Mientras que la psicopatología es actualmente el medio dominante para enmarcar y entender los estados de malestar mental, no es la única aproximación técnica a los problemas de salud mental. La aproximación moderna (...) [considera que] los estados de malestar mental se caracterizan en términos de “síntomas” y se asume generalmente que un marco médico y un vocabulario pueden captar la naturaleza esencial de tales problemas. (...) La aproximación moderna, tecnológica, trabaja para separar del discurso acerca del malestar mental los aspectos

contextuales de fondo. Trata sistemáticamente de apartar los aspectos no técnicos de la salud mental y privilegiar aquellos que, como los factores biológicos, son el dominio del experto. Esto ensalza la mirada del experto médico entrenado para entender el malestar en términos de psicopatología (Bracken y Thomas, 2013, p. 124).

La postpsiquiatría representa la creencia que es posible un tipo distinto de compromiso médico con la locura. Esta corriente no busca o reclama disponer de “la verdad” acerca de los problemas mentales. Busca poner “la ética por delante de la tecnología”. Por ello entiende que los aspectos no-técnicos de los problemas de salud mental deberían tener prioridad por encima de los aspectos técnicos (Bracken y Thomas, 2013, p.137).

Pues bien, el peculiar realismo del conocimiento encarnado es esgrimido por Taylor y Dreyfus frente a los excesos de esta clase, que se encuentran por igual tanto en el *neuro-constructivismo* científico como en el *constructivismo* cultural (Taylor y Dreyfus, 2016). Finalmente, y mucho más relevante para nuestra discusión, Blankenburg, recurriendo al último Husserl, *formula la raíz existencial de la locura*, anterior al delirio y que Jaspers consideraba inasible, en los términos de una pérdida de este *hábito básico* al que San Martín se refería, la tenencia o creencia de mundo (*Welthabe, Weltglaube*) que permite la vida humana natural (Blankenburg, 2013).

Conclusiones

Concluyo señalando que del conocimiento encarnado puede decirse que es verdadero o falso de un modo que no puede decirse de la experiencia existencial radical tal y como la formulaba Jaspers, como una inefable resistencia de lo real completamente divorciada tanto de la captación de esencias del conocimiento como de la percepción empírica de los sentidos. Si bien el conocimiento encarnado no es reducible a conceptos sistemáticos, está abierto a ser explorado fenomenológico-hermenéuticamente por un observador externo. El psiquiatra puede captar los fallos del paciente en su contacto con el mundo, intersubjetivamente abierto, explorando la estructura de la intencionalidad de los hábitos que constituyen mundo en su aspecto de por qué y para qué, apreciando la adecuación a las circunstancias del modo y la forma con que se pretende realizar el comportamiento. En la filosofía madura de Xavier Zubiri¹³, centrada en la intelección *sensible* de la *realidad*, se encuentran importantes claves para el desarrollo de una psicopatología de esta clase (Pelegrina, 2006). El delirio es un tema crucial tanto para la

¹³ Sobre la inteligencia sentiente y la aprehensión de realidad véase Zubiri, Xavier, 2011, *Inteligencia Sentiente. Tomo I: Inteligencia y realidad*. Madrid: Alianza; Zubiri, Xavier, 2008, *Inteligencia y logos*. Madrid: Alianza; y Zubiri, Xavier, 2008, *Inteligencia y razón*. Madrid: Alianza. La exposición más completa de la antropología acorde con el pensamiento maduro de Zubiri se encuentra en la primera parte (*La realidad humana* pp. 27-115) de Zubiri, Xavier, 2013, *El Hombre y Dios*. Madrid: Alianza.

psicopatología como para la antropología filosófica, en tanto obliga a responder la cuestión por la relación entre existencia *en* la realidad y el conocimiento *en* la realidad y *de* la realidad.

Bibliografía

- BLANKENBURG, Wolfgang, 2013, *La pérdida de la evidencia natural: una contribución a la psicopatología de la esquizofrenia*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Diego Portales.
- BLÁZQUEZ, Feliciano, 1995, *Marcel (1889-1973)*. Madrid: Ediciones del Orto.
- BRACKEN, Pat y THOMAS, Philip, 2013, *Challenges to the modernist identity of psychiatry: user empowerment and recovery*. En FULFORD, K. W. M., DAVIES, M., GIPSS, R. G., GRAHAM, G., SADLER, J. Z., STANGHELLINI, G., y THORNTON, T. (Eds.), *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry* (pp. 123–138). Oxford: Oxford University Press.
- COLINA, Fernando, 2007, *El saber delirante*. Madrid: Síntesis.
- DREYFUS, Hubert y TAYLOR, Charles, 2016, *Recuperar el realismo*. Madrid: Ediciones Rialp.
- EY, Henri, 1998, *Estudios sobre los delirios*. Madrid: Editorial Triacastela.
- HABERMAS, Jürgen, 1990, *Pensamiento postmetafísico*. Madrid: Taurus.
- HEIDEGGER, Martin, 2009, *Ser y Tiempo*. Madrid: Trotta.
- JASPERS, Karl, 1997a, *General Psychopathology. Volume One*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- JASPERS, Karl, 1997b, *General Psychopathology. Volume Two*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- JASPERS, Karl, 1977, *La corriente de investigación fenomenológica en psicopatología en Escritos psicopatológicos* (pp. 395-412). Madrid: Editorial Gredos.
- JASPERS, Karl, 1990, *Notas sobre Martin Heidegger*. Madrid: Mondadori.
- JOLIVET, Régis, 1962, *Las doctrinas existencialistas. Desde Kierkegaard a J-P. Sartre* (3ª edición). Madrid: Editorial Gredos.
- KIRKBRIGHT, Suzanne, 2004, *Karl Jaspers. A Biography. Navigations in Truth*. New Haven: Yale University Press.
- MARÍAS, Julián, 2014, *Historia de la filosofía*. Madrid: Alianza Editorial.
- MAKKREEL, Rudolf A., 1990, *Imagination and interpretation in Kant. The hermeneutical import of the Critique of Judgment*. Chicago: The University of Chicago Press.
- PELEGRINA, Héctor, 2006, *Fundamentos antropológicos de la psicopatología*. Madrid: Ediciones Polifemo.

- RAMOS-GOROSTIZA, Pablo, y REJÓN, Carlos, 2002, *El esquema de lo concreto. Una introducción a la psicopatología*. Madrid: Editorial Triacastela.
- RUBIO, Roberto Gustavo, 2015, *El estar-en-el-mundo en general como constitución fundamental del Dasein (§§12-13)*. En R. RODRÍGUEZ (Ed.), *Ser y Tiempo de Martin Heidegger. Un comentario fenomenológico* (pp. 71–87). Madrid: Editorial Tecnos.
- SAN MARTÍN, Javier, 2015, *La nueva imagen de Husserl. Lecciones de Guanajuato*. Madrid: Editorial Trotta.
- SAN MARTÍN, Javier, 2018, *Vida humana, cultura y locura*. En L. P. RODRÍGUEZ (Ed.), *Patologías de la existencia. Enfoques filosófico-antropológicos* (pp. 13–37). Zaragoza: Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- SOLÉ, Sergi, 2016, *Apuestas de razón. Residencia en Kant y Hegel*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 36 (130), 499-513
- WALKER, Chris, 1993, *Karl Jaspers as a Kantian psychopathologist, I. The philosophical origins of the concept of form and content*. History of Psychiatry, IV(14), 209-238.
- WALKER, Chris, 1993, *Karl Jaspers as a Kantian psychopathologist, II. The concept of form and content in Jaspers' psychopathology*. History of Psychiatry, IV (15), 321-347.
- WALKER, Chris, 1994, *Karl Jaspers as a Kantian psychopathologist, III. The concept of form in George Simmel's social theory: a comparison with Jaspers*. History of Psychiatry, V (17 Pt 1), 37-70.

Sobre el autor:

Oriol Molina es médico psiquiatra. Desde que terminara la residencia en 2010, trabaja en centros de salud mental de adultos de la red pública. Tras una estancia formativa en el departamento de neurociencias de la escuela de Medicina de Johns Hopkins, colaboró hasta 2015 en investigaciones de carácter biomédico sobre la esquizofrenia incipiente. Esta investigación fomentó en él un interés creciente por la influencia de la fenomenología en la psicopatología. Por ello, desde 2017, coordina el grupo de trabajo (Chiffren) de la Sociedad Catalana de Psiquiatría y Salud Mental acerca de las psicopatologías de corte hermenéutico. Su actual ocupación científica consiste en la investigación, supervisada por la Dra. Begoña Roman de la Universidad de Barcelona (UB), acerca de las relaciones entre la psicopatología de los afectos depresivos y la fenomenología de lo moral, tal y como concibe esta última Xavier Zubiri.

Editado
en Badalona
en Setiembre de 2019.

