



SEGREDOS

Fallas no sistema público de saúde mental.
Un achegamento crítico cualitativo

Paula Tomé Espiñeira

Realidade trans infanto-xuvenil. Coñecer para acompañar
Cristina Palacios Castro

Dó xestacional e perinatal, unha realidade silenciada
Eirene García Caro

Conspiración (ou pacto) do silencio en psicooncoloxía:
Un segredo a voces?

Rocío Basanta Matos

O segredo necesario: función do segredo na adolescencia
Marta González Rodríguez

A importancia da confidencialidade en psicoloxía aplicada
José Luis Rodríguez-Arias Palomo

FERRAMENTAS

Elementos dunha intervención narrativa no trauma relacional
F. Javier Aznar Alarcón / Nuria Varela Feal

ANUARIO ABERTO

• CASO CLÍNICO:

De vítima a sobrevivente. Un caso de intervención en
violencia de xénero

Inmaculada Sangiao Novio / Cristina González Freire

• TRABALLOS PREMIADOS NAS XXIII XORNADAS DE PSICOLOXÍA E SAÚDE DO COPG:

- O estrés psicosocial e a súa influencia na sintomatoloxía
ansioso - depresiva en pacientes atendidos nunha unidade
de saúde mental.

Carlos Álvarez García / Cristina González Freire

- Unha experiencia práctica: terapia de grupo de
adolescentes, unha intervención integradora

*Paula Marcos Carregal / Esther López Morcillo /
Emma López Cerdido / Eduardo Martínez Lamosa*





SEGREDOS

APUNTAMENTO

A preferencia de idioma no orixinal de cada artigo foi determinada polo seu autor/a, coa posterior tradución e revisión do COPG.

Nº12 Revista Oficial da Sección de Psicoloxía e Saúde do COPG

Consello Editorial

José Eduardo Rodríguez Otero, Presidente
Alicia Carballal Fernández, Vicepresidenta
Carlos José Losada López, Secretario
Mercedes Fernández Cabana, Tesoureira
María Blanco Suárez, Vogal
Alba Fernández Revaldería, Vogal
Eduardo Martínez Lamosa, Vogal
Almudena Campos González, Vogal

Consello de Redacción

M^a Gabriela Domínguez Martínez
(Directora)
PSICÓLOGA CLÍNICA. PRÁCTICA PRIVADA EN
PONTEVEDRA

Noelia Pita Fernández
PSICÓLOGA CLÍNICA. COMPLEXO HOSPITALARIO
UNIVERSITARIO DE FERROL

Paula Rodríguez Vázquez
PSICÓLOGA CLÍNICA. USMC VALTERRA I- ÁREA DE
SAÚDE DE LANZAROTE. SERVIZO CANARIO DE SAÚDE

Ricardo Vázquez Gómez
PSICÓLOGO CLÍNICO. PRÁCTICA PRIVADA VIGO E
PONTEVEDRA

Isabel Figueroa Matallín
PSICÓLOGA CLÍNICA

Almudena Campos González
PSICÓLOGA CLÍNICA. PRÁCTICA PRIVADA EN OURENSE

Laura Montero Castro
PSICÓLOGA CLÍNICA. HOSPITAL DE DÍA DE SAÚDE
MENTAL. EOXI PONTEVEDRA-O SALNÉS

Laura Sotelo Estévez
PSICÓLOGA CLÍNICA. PRÁCTICA PRIVADA EN VIGO E
PONTEVEDRA

anuario@copgalicia.gal

Edita

Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia
Españeira, 10 baixo
15706 Santiago de Compostela
Tfno.: 981 534049 Fax: 981 534983
www.copgalicia.es copgalicia@copgalicia.gal

Deseño e maquetación

ekinocio comunicación

Imaxe de portada

@tinafleur - Unsplash

ISSN: 2444-6653.

Novembro, 2019

Depósito Legal: C 1615-2019

O Consello Editorial e o Consello de Redacción non se fan responsables das opinións verquidas nos artigos publicados. As opinións expresadas na Presentación son responsabilidade do Consello Editorial.

<https://copgalicia.gal/seccions/psicologia-e-saude/publicacions>

VERSIÓN EN GALEGO

- 7 Presentación
 - 9 Fallas no sistema público de saúde mental.
Un achegamento crítico cualitativo
PAULA TOMÉ ESPIÑEIRA
 - 21 Realidade trans infanto-xuvenil. Coñecer para acompañar
CRISTINA PALACIOS CASTRO
 - 33 Dó xestacional e perinatal, unha realidade silenciada
EIRENE GARCÍA CARO
 - 45 Conspiración (ou pacto) do silencio en psicooncoloxía: Un
segredo a voces?
ROCÍO BASANTA MATOS
 - 57 O segredo necesario: función do segredo na adolescencia
MARTA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ
 - 67 A importancia da confidencialidade en psicoloxía aplicada
JOSÉ LUIS RODRÍGUEZ-ARIAS PALOMO
-
- FERRAMENTAS**
- 80 Elementos dunha intervención narrativa no trauma relacional
F. JAVIER AZNAR ALARCÓN / NURIA VARELA FEAL

ANUARIO ABERTO

- **CASO CLÍNICO:**
 - 91 De vítima a sobrevivente. Un caso de intervención en
violencia de xénero
INMACULADA SANGIAO NOVIO / CRISTINA GONZÁLEZ FREIRE
 - **TRABALLOS PREMIADOS NAS XXIII XORNADAS DE
PSICOLOXÍA E SAÚDE DO COPG:**
 - COMUNICACIÓN ORAL:**
 - 95 O estrés psicosocial e a súa influencia na sintomatoloxía
ansioso - depresiva en pacientes atendidos nunha unidade
de saúde mental.
CARLOS ÁLVAREZ GARCÍA / CRISTINA GONZÁLEZ FREIRE
 - COMUNICACIÓN ESCRITA-PÓSTER:**
 - 98 Unha experiencia práctica: terapia de grupo de adolescentes,
unha intervención integradora
PAULA MARCOS CARREGAL / ESTHER LÓPEZ MORCILLO /
EMMA LÓPEZ CERDIDO/ EDUARDO MARTÍNEZ LAMOSA
-
- 102 **NORMAS DE PUBLICACIÓN**

**A VERSIÓN
EN ESPAÑOL
COMEZA NA
PÁXINA 103**



M^a Gabriela Domínguez MartínezPSICÓLOGA CLÍNICA. PRÁCTICA PRIVADA EN
PONTEVEDRA✉ gabriela.dominguezmartinez@gmail.com*“Que como gardei este segredo durante
tanto tempo?...Boa pregunta”**(Conto ¿Puedo contarte un secreto?)*

Este ano o título do anuario, “Segredos”, foi elixido ó final da reunión do equipo, xusto despois de decidir os temas sobre os que escribir. O caso foi que cando cada un de nós expresamos as ideas pensadas para o anuario deste ano, démonos conta de que todas tiñan algo en común, a idea de falar daquelo do que non se soe falar, de darlle voz (letra) a temas que non sempre a teñen, ben porque non se pode falar de certas cousas, ben porque non é correcto, porque é incómodo ou porque resulta doloroso. Pero os segredos non sempre teñen que ser descubertos, e tamén é importante ter en conta o positivo do segredo non revelado. Xurdiron moitas ideas nas reunións (tan enriquecedoras) e non foi sinxelo escoller e rexeitar temas, ben polo número de propostas, ben polo enfoque nas mesmas, para dar forma finalmente a este monográfico; pero esta é a nosa proposta, que esperamos que vos resulte interesante e que invite a reflexionar.

O primeiro artigo ven da man de Paula Tomé, que en calidade de activista en primeira persoa polos dereitos das persoas con diagnósticos psiquiátricos, da voz ós aspectos máis negativos da asistencia á saúde mental en Galicia a través das respostas obtidas por persoas usuarias e profesionais a un cuestionario elaborado por ela. O obxectivo da autora é facer reflexión dende a crítica e autocrítica, sen negar ou minimizar as boas prácticas asistenciais.

O segundo artigo versa sobre un tema non sempre ben coñecido ou comprendido como é a transexualidade, neste caso a infante xuvenil. A proposta de Cristina Palacios, presidenta de Arelas (Asociación de familias de menores trans de Galicia) é a de achegar a realidade que viven as familias e os menores trans tanto no seu día a día (co positivo e o negativo) como no proceso de acompañamento profesional, ofrecendo propostas interesantes a considerar polos profesionais.

E seguimos na liña de revelar segredos, neste caso a través dun artigo que fala dun tema doloroso e silenciado (por sorte do que cada vez se fala máis): o dó xestacional e perinatal. Eirene García, en calidade de testemuña en primeira persoa e como profesional, aborda este tema compartindo relatos de familias, e facendo propostas asistenciais sobre as que reflexionar.

No seguinte artigo, Rocío Basanta, psicóloga clínica de interconsulta e enlace, expón as súas reflexións sobre a enfermidade, a morte e a comunicación entre familias e profesionais ante estas situacións, facendo fincapé na conspiración ou pacto de silencio a través dun percorrido histórico sobre o tema, a súa propia experiencia profesional e a abordaxe terapéutica da mesma.

Pero manter segredos e non revelar certas cousas é moitas veces positivo. Nunha sociedade na que todo se expón, a seguinte proposta versa sobre o beneficio dos segredos e o mantemento da privacidade ante os demais. Nesta liña, Marta González, psicóloga clínica nun centro terapéutico de menores, fala da función significativa do segredo no proceso de individuación e de autonomía emocional na adolescencia.

Seguindo na liña de manter (ou non) segredos, José Luis Rodríguez-Arias, psicólogo clínico con experiencia en ética e deontoloxía profesional, aborda no seguinte artigo o tema da confidencialidade no exercicio profesional da psicoloxía a través de tres supostos frecuentes na práctica clínica, un tema no que non existe unha solución definitiva pero no que se nos invita a reflexionar para atopar alternativas ante os dilemas éticos cos que nos podemos atopar.

F. Javier Aznar, psicólogo clínico e Nuria Varela, ambos con experiencia no traballo con menores en situación de risco, son os encargados de finalizar o monográfico co apartado de Ferramentas. Neste artigo, abórdase a proposta de intervención narrativa no trauma relacional, enumerando, expoñendo e exemplificando os elementos da intervención a través dun caso clínico.

O anuario aberto contén a proposta achegada por Inmaculada Sangiao e Cristina González. Trátase dun caso clínico de intervención en violencia de xénero.

E, para rematar, inclúense os traballos premiados nas XXIII Xornadas de Psicoloxía e Saúde: “Unha experiencia práctica: terapia de grupo con adolescentes, unha intervención integradora” (comunicación escrita-póster) e “O estrés psicosocial e a súa influencia na sintomatoloxía ansioso-depresiva en pacientes atendidos nunha Unidade de Saúde Mental” (comunicación oral)

Novamente agradecer e darlle os parabéns ós meus compañeiros de equipo pola súa implicación, traballo e compromiso. Así como aos autores dos artigos, que tan ben o fixeron; e ós compañeiros de COPG.

Agardamos que vos quede un bo sabor de boca coa lectura!

M^a Gabriela Domínguez Martínez
DIRECTORA DO CONSELLO DE REDACCIÓN

FALLAS NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE MENTAL. UN ACHEGAMENTO CRÍTICO CUALITATIVO

Paula Tomé Espiñeira

ACTIVISTA EN PRIMEIRA PERSOA POLOS DEREITOS DAS PERSOAS CON DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS

✉ jazzbolitas@gmail.com

RESUMO: Preséntase un pequeno estudo cualitativo das fallas do sistema público de saúde mental. Falan as súas protagonistas, testemuñas directas do día a día, ben como usuarias, ben como profesionais. Abórdanse asuntos como o trato, a vulneración de dereitos e as sensibilidades, as carencias asistenciais, o bioloxicismo, a burocratización, a privación de liberdade e outras prácticas institucionais que agravan o sufrimento psíquico. Problematízase a medicación ou sobremedicación, os espazos, os tempos, as condicións reais do desenvolvemento da asistencia. A información parte de dous cuestionarios de deseño libre, que inclúen propostas de mellora. Sirva como punto de partida para unha mellora da calidade (humana e profesional) que queremos ver nuns servizos que só teñen sentido se poñemos no centro os coidados e as necesidades das persoas.

PALABRAS CLAVE: usuarias servizos saúde mental, dereitos, vulnerabilidade.

ABSTRACT: A small qualitative study of the shortcomings of the public mental health system is presented. Speakits protagonists, direct witnesses of the day to day, either as users, or as professionals. Issues such as treatment, violation of rights and sensitivities, carelessness, biologism, bureaucratization, deprivation of liberty and other institutional practices that aggravate psychic suffering are addressed. It problematizes the medication or over-medication, the spaces, the times, the real conditions of the assistance development. The information is based on two free design questionnaires that include proposals for improvement. Serve as a starting point for an improvement of the quality (human and professional) that we want to see in services that only make sense if we put in the center the care and needs of professionals.

KEY WORDS: users mental health services, rights, vulnerability.

SUMARIO:

- 1 Introducción.
- 2 Cuestionario dirixido ás persoas usuarias.
- 3 Cuestionario dirixido ás persoas profesionais.
- 4 Conclusións.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BARTON, L. (comp.) (2008). *Superar las barreras de la discapacidad*, Madrid: Morata.
- CIPRIANO, P. (2017). *El manicomio químico*. Madrid. Enclave de libros.
- ERRO, J. (2016). *Saldremos de esta. Guía de Salud Mental para el entorno de la persona en crisis*. Madrid. Biblioteca Social Hermanos Quero.
- GONZÁLEZ, R. (2014). "Trastorno límite de personalidad y violencia de género", *Mujeres y salud*, v. 36, p. 43-44.
- LEWONTIN, R.C. (2000). *A doutrina do ADN. A bioloxía como ideoloxía*, Santiago de Compostela, Laiovento.
- LEJARRAGA, A. (2004). "La construcción social de la enfermedad", *Archivo Argentino de Pediatría*, v. 102, Buenos Aires, jul/ago. 2004, p. 271-276.
- NICKI, A. (2001). "The Abused Mind: Feminist Theory, Psychiatric Disability, and Trauma", *Hypatia*, vol. 16, no. 4 (Fall 2001).
- MILLET, K. (2019). *Viaje al manicomio*. Barcelona, Seix Barral.
- MONCRIEFF, J. (2013). *Hablando claro*. Barcelona, Herder.
- READ, J. MOSHER L.R. e BENTALL (2004). *Modelos de locura*, Barcelona, Herder.

REFERENCIAS LEXISLACIÓN:

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, (2006, 13 de Diciembre), Organización Naciones Unidas, New York.

REFERENCIAS WEB:

Primera vocal: <https://primeravocal.org/>

1 | Introducción

Estimadas lectoras e lectores:

Escollo á conciencia darlle a este escrito formato epistolar, por parecerme un xeito próximo de presentar publicamente o proceso e os resultados do traballo que comeza con estas liñas. Esta carta está dirixida ás persoas que me van ler no Anuario da Sección de Psicoloxía e Saúde do Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia. O obxectivo deste artigo é sacar á luz información cualitativa sobre os aspectos máis negativos da asistencia á saúde mental na Galiza, no sistema público. Para compilar e estruturar dita información, o primeiro que me propuxen foi redactar un pequeno cuestionario para axudar a organizar as ideas das persoas que xenerosamente me quixeron facer chegar as súas experiencias e opinións sobre o tema proposto. Así, divido o cuestionario en dous: un dirixido a persoas usuarias, e outro dirixido a persoas profesionais. Os agradecementos ás persoas participantes nunca serán suficientes.

O deseño dos cuestionarios parte de lecturas inspiradoras (que se atopan recollidas na bibliografía) pero tamén, e sobre todo, de reflexións persoais, charlas, conversas e da miña propia experiencia como usuaria dos servizos de saúde mental e como activista polos dereitos das persoas con diagnósticos psiquiátricos.

Antes de continuar, quereda aclarar unha cuestión: o feito de que aquí se compilen relatos dos aspectos negativos non nega o feito de que existan tamén acertos e boas prácticas. Con todo, esas boas prácticas non serán obxecto deste artigo. Penso que partir dunha crítica e autocritica honesta é necesario para sinalar a queixa, a reivindicación, o inaceptable en termos de vulneración de dereitos e sensibilidades. Só a partir de aí poderíamos xa dar espazo ao que si se está a facer ben, non descartando tampouco que a reflexión xerada por esta crítica inicial puidese servir, ela mesma, para avanzar na dirección necesaria das boas prácticas e cambios que queremos ver no sistema público de saúde mental.

En relación aos relatos dos que se dará conta neste artigo, gardarase o anonimato das persoas participantes, indicando soamente nalgúns casos o tipo de centro (todos urbanos, distinguindo entre urxencias e unidades de agudos), ocasionalmente o diagnóstico (só se a persoa o quere facilitar) e no caso dos relatos de traballadoras/es a categoría profesional (enfermeira, psicóloga/o, psiquiatra, etc.). En total foron dez os relatos de persoas usuarias e seis pola parte profesional.

A partir destes cuestionarios, a miña proposta de redacción consistirá en recoller os resultados e organizar as respostas, evitando redundancias, coa intención de presentar unha panorámica dos aspectos máis negativos do sistema público de atención á saúde mental na Galiza. Tendo en conta que aínda que metodoloxicamente non reúne os requisitos dunha investigación científica, si quereda chamar a atención sobre a necesidade ou o interese que puidese derivarse da realización de estudos máis amplos e con maior calidade metodolóxica que poidan afondar na reflexión crítica destas cuestións por parte de persoas usuarias e profesionais dos servizos de saúde mental da Galiza.

A parte de texto que figura en letra cursiva son citas textuais das persoas participantes. Moitas grazas de antemán a todas elas, sei por experiencia da dificultade de expresar experiencias difíciles, moitas veces traumáticas, que sucederon no momento que máis axuda se precisaba. Este artigo vai dedicado a todas e cada unha delas.

©sharonmaccutcheon

2 Cuestionario dirixido ás persoas usuarias:

1- Nalgún momento/s, do teu paso polos servizos de saúde mental, sentiches que non se estaba tendo en conta a túa vontade á hora de elixir tratamento?

En xeral, as usuarias quíxanse dos efectos secundarios do tratamento (*expúxenlle que a medicación me tiña totalmente anulada e con moito malestar (e non só polos efectos secundarios como o proído e a inqueda que este tamén me producía, as caídas e golpes constantes ao tropezare con todo na mínima actividade que na limitación da miña autonomía -pola medicación- me podía permitir); a miña psiquiatra cuestionou a gravidade da miña depresión cando lle dixen que deixara o Escitalopram porque me deixaba sen vida sexual*). Dóense tamén da falta de información sobre o tipo de substancias administradas (*nos meus once ingresos endexamais se me explicou que substancias se me estaban administrando*), ou das respostas airadas dos profesionais ante as queixas (*este díxome que sen problema, que anulabamos o tratamento e que me daba a alta que “a ver cuántas horas tardas en arrastrarte hasta esta puerta pidiéndomelas”; ou cando tentei falar sobre medicacións e ao suxerirille algunha díxome con anoxo e desafiante “isto que é, un supermercado?”*). Un usuario relata tamén a imposibilidade destas queixas: *o que estaba alí facendo prácticas encerellouse nunha discusión comigo dicindo que eu tiña que tomar o que me dese a doutora “sen cuestionalo”, e só dúas persoas afirman que as tiveron en conta (sentínme ben, unha vez atopado o tratamento adecuado)*.

2- Nalgún momento/s do teu paso polos servizos de saúde mental, sentiches que non se estaba tendo en conta a túa versión sobre os motivos polos que tiñas sufrimento psíquico? Sentiches que o tempo que se che adiou era insuficiente, tanto na duración das sesións como na cantidade das mesmas?

Unha usuaria, que acode a consulta por un tema de acoso moral no traballo, ilustra esta sensación de que non fose tida en conta a súa versión con frases textuais que escoitou por parte dxs profesionais: *“todos percibimos as cousas un pouco como non son... tendemos a confundirnos... a exaxerar... un tamén ten que saber que é o que está facendo mal para que isto lle ocorra... que por moito que non comungues, no traballo hai que aceptar as inxustizas de quen che manda, e o mellor sempre é calar e obedecer para non rematar tendo estes problemas”; “vostede non ten nada, o que ten é capricho e moita rabia” etc.* Quíxase esta mesma usuaria do *ton máis coloquial e gaioleiro, cando querían a túa aceptación, e no peor dos tons – elevando a voz, rindo, caras de desprezo, autoritarismo, ameaza – cando non lles dabas o beneplácito de tanta sabedoría de oráculo*. Relata do mesmo xeito como empeorou a situación a partir da pericial forense: *“bueno, parece que a situación no traballo non vai facilitar a túa reincorporación cando mellores... é moi difícil que xudicializando todo arranxes nada... cando volvas vai ser peor... é mellor*

que abandones ese traballo e procures traballo noutro lugar... non querendo considerar deixar ese traballo estás dando claras evidencias dunha grande actitude belixerante pola túa parte, e igual iso foi o que te trouxo ata aquí... se non deixas ese traballo eu vou indicar á inspección que te reincorporen canto antes”; “se non é entón o que eu digo, será unha maneira de querer enganarnos para conseguir unha xubilación”. Por último, quíxase do pouco rigor profesional (esta usuaria en concreto é ademais psicóloga), deste xeito: *entrar a enfermeira constantemente requirindo a atención da profesional, constantes interrupcións nas consultas para atender chamadas, saír do despacho sen a menor explicación deixándote á espera, entrar con persoas alleas para tratarlles algún trámite mentres permanecías á espera e te vías exposta a que nin che presentasen nin che pedisen consentimento de entrar na cita concertada para ti, terte máis dunha hora á espera cando as citas eran concertadas pasando por diante de ti e non facendo xamais referencia a que estiveras esperando, nin durante nin despois*.

Outra usuaria expón que *nas miñas incursións nos servizos de urxencia nunca se me escoitou sobre o meu sufrimento psíquico, simplemente se me proporcionaba un diagnóstico tempo despois, nas altas*.

Os tipos de queixas refírense tamén a tratar as dificultades que ocasiona o sufrimento psíquico como unha mera cuestión de falla de vontade (*a miña psiquiatra tratou o meu problema co TOC no tema de non ser capaz de saír de casa coma un capricho meu, dicindo que “iso é tomar a decisión e saír”, cando precisamente eu teño un problema de dúbida obsesiva que me impide tomar decisións*), e unha usuaria atribúe a falta de credibilidade a que se *ca-dra porque estaba máis consciente que outros enfermos. Cheguei a ingresar voluntariamente e mandáronme para casa ao par de días*.

En relación ao tempo, unha usuaria afirma que *o tempo sempre é insuficiente e centrado en medicamentos, nada máis. A frecuencia das citas é ridícula. Que un paciente non poida ver a súa psiquiatra en 6 meses e non poida cambiar a medicación se lle vai mal a que lle deu é aberrante. Isto leva a que deixes a medicación e non a substitúas por outra*.

3- Sentiches nalgún momento/s que o clima ou trato das intervencións/consultas non eran adecuados ás túas necesidades?

Coa excepción de dúas usuarias, todas as demais refíren esta sensación de inadecuación, por diferentes motivos. Un deles é o propio ambiente hospitalario (*hai moita xente, persoal, acompañantes e doentes nos corredores, de pé, en camas, sentados etc. O nivel de ruído e de movemento é estresante; non é un lugar idóneo e moito menos para unha persoa cun perfil como o meu nese momento; cando vou a pasar a unha sala de observación ata que me asignen cama, irrompen de forma violenta unha enfermeira cun home berrando que*

directamente ameaza á psiquiatra de que non vai tomar o tratamento porque o que queren é adormecelo para poder trasladalo ao Hospital Psiquiátrico). Dentro deste ambiente, unha usuaria menciona que pasou a noite nun corredor.

Outra das usuarias, que ingresa voluntariamente por ideacións suicidas, sinala, que *EN NINGÚN MOMENTO, REVISARON AS MIÑAS PERTENZAS para valorar a necesidade de quitarme aqueles obxectos persoais que eran potencialmente perigosos*” (maiúsculas no orixinal). Esta mesma usuaria, de feito, menciona que unha persoa, cun cadro similar ao seu, suicidárase en Urxencias do mesmo hospital urbano (esta información foille facilitada pola súa psiquiatra). Móstrase reiteradamente preocupada por este feito de non ser suficientemente supervisada perante as ideas suicidas (*pola mañá, almorzo, dúchome soa, só teño que avisalas cando queira ir ó baño pero alí dentro non teño SUPERVISIÓN; levaba unhas zapatillas de deportes e ninguén lle quitou os cordóns etc.*). Esta mesma usuaria queixase tamén da falta de coordinación entre servizos públicos e privados, cos que ela tiña seguro, que motivou un retraso considerable, de varias horas, e incluso días, na adxudicación de medicación e de traslado desde a planta de urxencias (*botaba o día soa, rodeada de xente e barullo, pero soa e desatendida. Pasan as horas, chega a hora da cea, eu choro e estou desesperada, aquilo tiña todas as trazas de que tería que pasar outra noite alí*). En relación á medicación, comenta o feito preocupante de que finalmente trouxéronlla os seus familiares, chegando a tela da súa man, co risco que iso entrañaba, de novo, para as súas ideas suicidas.

Outra usuaria queixase da mala calidade da comunicación: *Toda resposta requiríancha con celeridade, non había tempo para elaborar a resposta, se tardabas increpábanche ou pasaban á seguinte (amosaban impaciencia, miraban o reloxo, comezaban a facer outra cousa), se a resposta se estendía cortábancha, en case todas as citas che recordaban que non había tempo, pero facíanlo como se fose unha desconsideración pola túa parte por non ir como o gando a recibir o penso sen saír nin un milímetro do cubil onde cho botan; constituía todo unha práctica de todos os xeitos que eu coñezo de impedir a comunicación real. Non é a única, a seguinte cita, na mesma liña, corresponde a outro usuario: Tonos superbordes e despectivos, presenza de persoas facendo prácticas sen me preguntar se me topaba cómodo con elas aí, actitude desafiante (e infantil), tratar os meus problemas como un problema de actitude, malas reaccións cando lle fago ver que se trabuca nalgo...*

Dan conta tamén da inutilidade, para elas, dalgunhas terapias ou ocupacións durante os ingresos: *pretendíase facer unha terapia de grupo que resultaba ridícula, nalguns só se nos preguntaba que tal estabamos e tiñamos que responder “ben”. Noutras terapias de grupo recortabamos unha noticia do xornal e comentabámolos. O clima das urxencias era de desamparo.*

Só dúas das dez usuarias responden negativamente esta segunda cuestión.

4- Sentiches que as citas ou revisións respondían máis a un trámite burocrático que a un tratamento personalizado e ben programado?

Cinco usuarias responden afirmativamente a esta pregunta, se ben non achen máis relato. Unha delas pon como excepción o hospital de día, e unha sexta usuaria relata que *as consultas eran en todo momento personalizadas, non sentín que responderan a un trámite burocrático.*

Outra das usuarias (anteriormente mencionada, que ingresara con ideación suicida) remíteme un relato extenso e pormenorizado das consecuencias, moi negativas para ela, dos atrancos burocráticos que se deron no seu caso concreto, debido á falta de coordinación entre seguro privado e servizo público de saúde. Entre estas consecuencias negativas inclúense a cantidade de horas de espera nun ambiente que non lle fai ben, o paso por diferentes consultas e despachos (coa conseguinte variedade de profesionais cos que ten que falar), a falta de resposta cando pregunta se se sabe algo, e a indignación cando lle din que no seguro privado non teñen constancia da orde de traslado nin de ingreso (*estou indignada, alí, no medio de toda aquela xente, perdendo de ter a asistencia e os cuidados que preciso*). Finalmente asumen (e explícanlle) que se tratara dun erro, consecuencia do cal estivo tres días en urxencias ata que se resolveu o traslado, nos que a súa angustia ía crescendo, engadindo o feito de que a medicación tamén se fixo esperar, debido ao mesmo erro burocrático. Relata esta usuaria que *as enfermeiras baixan a cabeza, son conscientes do mal que se estaba xestionando todo aquilo e sen ningún tipo de empatía, dinme que me deite. Unha delas asinte cando eu digo en voz alta que é unha vergoña que nos teñan así.*

En relación á burocratización, outra usuaria di textualmente: *Nin vías nin che explicaban a temporalidade das citas, non había directrices terapéuticas. Case sempre que tiñas unha cita nomeaban a Inspección e a baixa; polo que finalmente entendes que o único ao que vas é a control/fichar (facíanche as mesmas preguntas de sempre, daba igual o que contestases, sempre que te querías saír do que che preguntaban para chegar o que che preocupaba recorrían á falta de tempo e a que igual na seguinte consulta se falaba diso).*

5- No caso de escoitar voces ou ter pensamentos delirantes ou intrusivos, sentiches que non se estaba atendendo á orixe, ao contido e/ou ao significado das mesmas?

Só dúas usuarias relatan escoitar voces. Unha delas explica que as escoitou en casos de obsesión ou paranoia, e outra que *no meu caso cando oín voces non se lle prestou demasiada atención á súa orixe ou ao seu contido*. Outra usuaria refire que *o feito de dicir que o que me pasaba era unha enfermidade dos neurotransmisores insultaba a miña intelixencia, eu sabía que había desencadeantes biográficos, pero nunca se falou deles.*

“En agudos sentíame só e bastante mal, mirábame ó espello continuamente. Agora sei que a monstruosidade está aí e asúmoa”.

6- Nalgún momento/s te sentiches coaccionada para ingresar no hospital ou tomar unha determinada medicación en lugar de outra? (Por exemplo tomar a medicación inxectable en lugar da medicación oral)

Unha usuaria quíxase de que no seu ingreso *pretendían sen consensuar comigo derivar de cara á miña familia certas competencias*, outra relata que lle cambiaron a unha medicación *que non existen en xenérico, obrigándome a comprar de marca pagando máis*, e outra que *non, porque directamente non me explican para que é cada medicación*.

A resposta máis contundente, en relación á sensación de coacción, vén doutro usuario: *desde que os internamentos non eran voluntarios podo dicir que si, que me sentín coaccionado, e a medicación había que tomala, senón tiña a consecuencia dun castigo como atarte á cama*. Outra usuaria refire que foi *reducida entre catro persoas, como se fose parte do mobiliario, para conseguir un traslado de hospital ao que me opoñía, por auténtico pánico motivado polo argumento da psicose*.

Só dúas usuarias responden negativamente, unha das cales explica: *en absoluto, de feito fun eu quen pedín o ingreso voluntario*.

7- Nalgún momento/s te sentiches máis xulgada que verdadeiramente acompañada?

Só un usuario responde negativamente a esta cuestión. Porén, si se xulga a si mesmo, coas seguintes palabras: *Non, pero por exemplo en agudos sentíame só e bastante mal, mirábame ao espello continuamente. Agora sei que a monstruosidade está aí e asúmoa*. Non podo evitar reflexionar, a partir desta testemuña íntima e sobrecolledora, sobre o sufrimento que implica interiorizar o estigma social sobre as persoas con diagnósticos psiquiátricos.

Outras usuarias relatan sentirse xulgadas pola psiquiatra (*sempre*), polo psicólogo (*que ademais recorreu ao meu diagnóstico/estigma de paranoico para se zafar dunha cuestión que non tiña por que ser necesariamente nada relacionado coa paranoia. Non me parece nada profesional reforzar o estigma do paciente para quitar do medio un problema*), ou polas enfermeiras (*no cambio de quendas de traballo, as enfermeiras infórmanse unhas as outras da situación de cada unha de nós. Cando falaban de min, facíano en voz baixa, o cal me fixo sentir coma unha “tola”*). Unha usuaria refire como a sensación de sentirse xulgada é xeral, dicindo textualmente: *En moitísimas máis das que pensei que se podía ser xulgada nun transo semellante. Case que o acompañamento maior e máis normalizado era paradoxalmente o recibido polo persoal administrativo que che tramitaba as citas de saúde mental*.

En resposta á pregunta polo acompañamento, unha usuaria menciona que, ademais de non sentirse para nada acompañada, *se te acercabas ao control das enfermeiras rapidamente botábante de alí... ademais de to-malo como algo negativo na túa evolución*. Outra usuaria afirma que *todo sería máis sinxelo se a miña familia puidese ter estado comigo, xa que eran as únicas persoas da miña confianza no medio do terror da psicose*.

8- Sufriches algunha contención mecánica? Como a viviches?

Sufrín contención mecánica en dúas ocasións en diferentes ingresos... atáronme á cama durante un día, eu vivino con moita angustia polo feito de que non podía ouriñar, non quería facelo na cama... e despois de berrar varias veces viñeron cando lles petou”. Outra usuaria relata: *Suxeitáronme catro persoas, dúas os brazos e dúas as pernas. Unha delas fíxome dano nun nocello, como unha luxación. Berrei de dano e terror. Sentía que*

estaba nas súas mans, que podían facer comigo o que quixesen, que eu xa non contaba como ser humano, neses momentos.

Unha usuaria explica que, pese a non ter sufrido contención mecánica, si experimentou como un xeito de contención o feito de que o tribunal médico decidiu darme a alta médica, xa que, segue dicindo o feito alcanza certo cariz de contención; porque malia que recorres xudicialmente a devandita resolución, mentres a burocracia non obra (menos en dous días de prazo) ti tes que incorporararte ao traballo se non queres perdelo.

O resto de usuarias non sufriron contención, dúas delas por non estar nunca ingresadas.

9- Sentiches nalgún momento que non se respectaba a túa intimidade? Como o viviches?

En relación a esta cuestión, só dúas usuarias afirman non ter sentido intromisión na súa intimidade. As outras usuarias si sentiron falta de respecto, dúas refírense en concreto ao momento de ducharse, outra á revisión de caixóns e obxectos persoais, así como cacheos. *Moitas veces, directa ou indirectamente*, afirma outra.

Tamén mencionan a intromisión sobre as relacións familiares, no caso dunha usuaria concreta: *a enfermeira do PII nunha ocasión díxome "di a psicóloga que tes familia e que dis que tes boa relación con ela; pero eu vexo que sempre vés aquí sola"... ante o meu silencio reprobador insistiu: "¿entón á túa familia impórtaslle, ou non?". Tras indicarlle que por que se atrevía a facerme ditas preguntas, dixo que era porque a psicóloga quería citar os meus proxenitores. Explíqueille que tiñan total dispoñibilidade para asistir, que das circunstancias que facían que non me acompañasen non lle tiña que dar conta, que se a psicóloga quería convocalos non o tiña falado comigo na sesión, e que endexamais se atrevese a dicirme a min, nin a ningún outro/a doente algo semellante da familia, e que se coidaba que estaba a actuar dentro do que as súas competencias lle conferían.*

Por último, un usuario explica que *non estiven ingresado, pero nas consultas a psiquiatra púxose a falar da miña vida persoal a un mozo en prácticas que non coñezo de nada e sen me pedir permiso.*

10- Sentícheste vulgada ou desprezada en relación á túa sexualidade? Como foi? Como o viviches?

Ante esta pregunta, catro usuarixs responden que non. Entre as que responden que si, un usuario refire que *manter relacións sexuais é o peor que podes facer, inda así eu fun atrevido e fixen sexo en dous internamentos.* Outro usuario relata o seguinte: *Si. A psiquiatra burlouse de min e frivlizou sobre*

a miña depresión dicindo que tan mal non estaría se non quería tomar unha medicación porque me convertía nun ser sen vida sexual. Pareceume humillante. Tamén diante dunha persoa facendo prácticas sen me preguntar se eu estaba cómodo con ela alí. Por último, un usuario opina que *o feito de non poder ter relacións sexuais en meses ou anos, para quen están ingresados, é unha aberración. O sexo axuda anímica e mentalmente.*

11- Sentiches que non se tiñan en conta as túas queixas sobre os efectos secundarios da medicación?

Na primeira pregunta do cuestionario, algunhas usuarias mencionaban aspectos relacionados coa medicación, de xeito que esta pregunta complementa a aquela. Engado aquí, por tanto, só a información nova. Quéixase unha usuaria da dificultade de cuestionar este aspecto (*pola miña experiencia é mellor non levarlle a contraria a un psiquiatra polo que non me queixo da medicación e sígoa como un burro con orelleiras*), e outra da irascibilidade que lle provocaba, a pesar do cal *a psiquiatra non a quixo cambiar. E iso sabendo que estou axudando a coidar un neno pequeno que quedou sen pai*".

Unha usuaria relata, en cambio, unha experiencia positiva neste aspecto: *Sempre que algunha medicación me ten sentado mal, fíxose algún cambio para mellorar, polo tanto notei que por suposto se me tiña en conta.*

12- Tiveches problemas para conseguir axuda profesional para reducir ou abandonar progresivamente algún psicofármaco en concreto, ou todos en xeral?

Unha das usuarias, que si tivo problemas aínda que finalmente deu con outra profesional máis favorable ás súas demandas, di textualmente: *non sei que tería sido de min se me tivese sometido a aquel (se se me permite) "camelo con título para receitar", ou se os/as demais profesionais insistisen no mesmo que el en non ter a miña decisión en conta.* Como fose que esta usuaria acudiu a unha consulta privada, paralelamente, termina dicindo que, en resumo, *enfróntante ao dilema moral de pagar privadamente a atención que precisas mentres tes que adoptar o rol de seguir indo e mentindo acerca de que estás a recibir tratamento privado. Nas condicións mentais nas que está unha nese momento, abordar tal xogo, e formar parte del, prodúceche tal sufrimento que desistes de ter que andar mentindo e disimulando para poder curarte; ata que xa cando o único que fas é empeorar cada vez máis (seis meses máis tarde do que pensaras) tes que facer ese sobre esforzo e entrar nesa roda de nadar sen mollar a roupa.*

Outra usuaria, pola contra, quéixase da baixada brusca de medicación: *de feito unha redución drástica de dose como se me fixo co Lorazepam pode ter consecuencias serias na saúde. Tampouco se me advertiu cando se me comezaron a receitar benzodiazepinas de que causan moitísima dependencia*

e que a síndrome de abstinencia pode ser ata mortal. Tampouco me advertiron de que o risco de padecer Alzheimer aumenta entre un 50% e un 70%. Nin que pode causar estrinximento crónico.

Outras respostas teñen que ver co propio medo a deixar os fármacos (*de momento non me sinto capaz de deixar a medicación, teño medo dun brote, ou de poñerme triste*), ou co medo que lle infundiou unha psiquiatra se abandonaba a medicación (*se deixas a medicación vas ter recaídas, cada vez serán máis fortes e o deterioro maior*). E por último, unha usuaria responde a esta pregunta deste xeito tan irónico: *Baixar a medicación... Ha!*

13- Nalgún momento sentiches que o paso polos servizos de saúde mental agravaba o teu sufrimento psíquico en lugar de alivialo? Poderías poñer algún exemplo?

Nos meus ingresos podíase dicir que sufría síndrome de Estocolmo, ás veces desexaba ingresar para aliviar o meu sufrimento psíquico. Con esta complexidade psicolóxica responde unha usuaria a esta pregunta sobre a posibilidade de que os servizos de saúde mental agraven o sufrimento psíquico, neste caso referíndose en concreto aos ingresos. Tamén dan conta outras persoas de aspectos relacionados coas citas periódicas (*expreselle o sufrimento que antes, durante e despois me supuña asistir ao programa e o atrapada que me vía nel burocráticamente. Tras esa queixa comecei a ser atendida con educación, pero sen interese*), sinalando tales citas como estresantes en si mesmas (*para min una cita coa psiquiatra implica semanas de preocupación porque é una situación moi incómoda -con case todos os psiquiatras foi así. Teño retrasado citas porque non me vía animicamente capaz de soportar una situación así nesa época*).

Un usuario relata a súa percepción do sufrimento nos ingresos por empatía coas persoas que viu alí ingresadas, aínda que el mesmo nunca tivera un ingreso: *Pacientes pasándoo fatal, chorando, berrando, falándoches de cousas que non entendes, sensación de estar sendo castigado por ter feito algo, escasa ou nula atención personalizada...* Menciónase tamén a *falta de credibilidade ou seriedade*, e outro usuario refire que sufriu moito, *en agudos desde os 21-23 anos*. Unha usuaria explica: *sentíame privada de liberdade, nerviosa, camiñaba polos corredores, ida e volta, seguido, para aliviarme esa sensación e facer algún exercicio físico*.

14- Sentícheste mal nalgún momento polo trato que se lle estaba dando a compañeiras/os durante un ingreso? Que sucedeu?

Inclúo neste apartado só as respostas de persoas que estiveron ingresadas, unha das cales relata o seguinte: *Vin como a unha señora que tiña unha esquizofrenia e estaba atada con ataques delirantes, a trataban sen asertividade nin coidado. Era moi desagradable ver o trato que lle daban, a saturación de doentes e a falta de persoal facía que non estivésemos coidados convenientemente, todo o contrario (persoas maiores que non podían comer soas e botaban moito tempo agardando que as viñesen axudar, outras agardando a que lles puxesen/quitasen a cuña despois de pedilo en innumerables ocasións etc.*". Outra usuaria conta que se sentiu mal *"cando a un home de idade lle deron unhas zapatillas do hospital e a outra muller máis vella lle deixaban os pes con escafpíns... montei un cirio pascual e ao final a muller conseguiu unhas zapatillas*.

Un usuario achégame unha testemuña longa e valiosa sobre diferentes ocasións nas que foi visitar a un amigo ingresado, ao longo de varios meses e en varios hospitais, todos públicos en áreas metropolitanas: *No hospital X drogábano tantísimo que non podía nin falar sequera. Cando un día lles preguntei se era preciso telo tan zumbao aseguraron que era porque estaba "moi arriba". Pero a partir dese día baixáronlle*



©rawpixel.com

a medicación moito e puiden volver falar con el (así que tan esencial non era. Só reaccionaron cando alguén lles chamou a atención). Algunha vez atárono á cama e non respondían ás súas chamadas e mexou por riba. Despois non lle quitaron da cama as bridas de plástico duro e fixérono durmir sobre elas durante semanas. Non tiñan acceso a aire fresco ou luz directa do sol (sen cristais polo medio). Non podían comer nada que non lle deran alí, non me deixaban levarlle nada. Tiñanos todo o tempo en pixama, o cal reforza o auto-estigma de "enfermo". Non lles deixaban acceso ás súas roupas ou pertenzas. Burlábanse do meu amigo cando non podía camiñar polas doses tan altas de medicación que lle daban. Unha vez unha enfermeira díxolle "¿qué? icómo vienes, que no puedes ni levantar las piernas, eh?!". O meu amigo sofre de paranoia e estaba nunha habitación cunha cámara que o gravaba en todo momento (pensei que era unha raiada súa pero non, despois vino nun monitor). Non o vía nunca un psicólogo. Estaba ben xa en menos de dous meses pero o psiquiatra decidiu retelo 6 meses (sen senso algún, el estaba perfectamente).

No hospital Y (outro diferente), o usuario anterior céntrase en aspectos diferentes: era difícil conseguir permiso para visitar o meu amigo. Eu tiven que facerme pasar pola súa parella e ser entrevistado por un psiquiatra. O lugar non ten acceso por transporte público, o cal fai máis difícil que alguén decida ir visitar. Eu tiña que ir andando 45 minutos (e outros de volta) por estradas sen beiravía e sitios ben perigosos. Tiñan prohibido escoitar música (nos seus propios auriculares e reprodutores de mp3) excepto entre as 12 e as 13 e entre as 17 e as 18. Suñoño que porque iso de escoitar música é algo que nos fai sentir fatal, claro... Aquilo era unha mera medida de castigo por estar mal, unha ruindade escandalosa. Pola contra, tiñan unha tele para todos e podían ver na TV calquera cousa que quixesen, incluídas pelis de violencia e brutalidade, por exemplo, cando iso si pode afectar ao estado anímico ou mental do paciente. Tanto neste lugar como no outro non tiñan acceso a internet e atopábanse totalmente illados da sociedade. Non podían ter relacións sexuais e os castigaban con máis tempo de ingreso se os descubrían ténndoas.

Para mellorar precisas estar nun sitio tranquilo, sen percibir tensión, berros, agresividade... ser tratado con afecto e respecto, e non sentir que estás aí por facer algo malo, que é o que conseguen.

Unha usuaria responde á cuestión deste xeito tan gráfico e sintético: *Sí, como se non fósemos persoas senón parasitos da sociedade, sen valía, nin merecedores de respecto.*

15- Hai algún outro aspecto, que non estea reflectido no cuestionario, que te fixo sentir mal e que queiras compartir?

Entre as respostas recibidas, unha usuaria relata que lle molesta a *actitude xeneralizada de tratar o paciente como un enfermo mental, non unha per-*

soa cun problema como o que pode ter outra persoa. Paternalismo, desdén, burlas, cinismo, desprezo, falta de atención, medicación excesiva co fin de aparvar, falta de afecto e de comprensión, trato de pacientes como cousas..., e outro escribe o seguinte: *En agudos, a soidade, a tristeza e a miña obsesión de mirarme aos espellos continuamente e ver un monstro.*

Unha usuaria, en tratamento por unha baixa médica, quixo expresar que é cando menos de moi pouco *respecto e indignante, e ata diría anticonstitucional que cando un tribunal che da a alta médica, aínda que o mesmo día de incorporación volvas a causar de novo baixa, fan a maña administrativa de declararche unha nova baixa cuxos motivos os desligan dos da anterior; someténdote aínda por riba a tal suplicio de neurose administrativa, volvéndote someter a unha situación de revitimización, na que estás a vivir un déjà vu porque che poñen nov@s profesionais que non te coñecen de nada.*

É como se che puxesen sempre o peso de todo nas túas costas, responde outra usuaria.

16- Que melloras proporías, para os servizos de saúde mental, a partir da túa experiencia?

A usuaria que ingresara por ideación suicida, cuxa máxima preocupación fora a ausencia de supervisión, propón a partir da súa experiencia que *o bo sería que houbese unha sala* (refírese ao servizo de Urxencias), *un espazo para doentes que coma min, estivésemos illados e controlados permanentemente, sen acceso a obxectos cos que causar dano a nós mesmos e aos alleos. Afortunadamente eu non tiven condutas violentas nin cara a min nin cara a outras, pero tranquilamente podía terse dado o caso.* Do mesmo xeito, expresa a súa necesidade de que a familia puidese estar presente.

Coa fin de evitar redundancias nas respostas, que foron moitas, vou intentar sintetizar a gran variedade delas:

En relación ás profesionais, as demandas neste senso apuntan á necesidade de investimento económico *importante* para contratar máis persoal, pero tamén aspectos cualitativos relacionados co desempeño da actividade profesional (*non hai humanización na maioría do persoal, nin empatía*). Entre estes aspectos cualitativos, demándase en xeral unha atención máis personalizada, información sobre medicación e diagnósticos, que centren as súas actuacións no aspecto clínico (*nunca no burocrático*), *que fagan uso da ética profesional que requiren súas competencias, e que dispoñan do tempo que cada caso require.* Sinalan as usuarias a necesidade de escoitar (*as súas necesidades, preferencias, opinións...*), non estigmatizar (*nin permitir que o paciente se estigmatice*), así como de *recoñecer e respectar todos os seus dereitos de consideración e asistencia.*

No referente á estigmatización, un usuario fai alusión ao trato recibido noutras áreas da saúde: polo feito de ser paciente psiquiátrico encóntrase con situacións nas que é tratado *con condescendencia, paternalismo e cachondeo, asumindo que non me pasa nada e que son un hipocondríaco. Isto é algo tan constante que sempre que vou a médicos e especialistas teño que ir coa miña nai ou pai (e eu teño 40 anos) para ter testemuñas de como me tratan. Así córtanse bastante máis.* Por isto, demanda máis formación, por parte destes profesionais, do que son as doenzas psiquiátricas.

Demandan varias usuarias a necesidade de non basear os tratamentos só en recursos farmacolóxicos, co que supón de *clara desasistencia por limitar tratamentos metodolóxicos de probada evidencia científica* (en relación ás terapias psicolóxicas), ao respecto do cal unha usuaria exprésase deste xeito: *Hai que rematar coa idea de que a única cousa que pode axudar a un paciente é medicarse ata quedar lelo.*

Tamén no referente ao exercicio profesional propónse como mellora a existencia da figura profesional do/ coordinador/a *de todas aquelas actuacións que se están levando a cabo e que atenda a/o doente para explicarlle a natureza e competencias do persoal e servizos intervinientes, así como para recoller a eficiencia e eficacia percibida pola persoa á que están dirixidas, co fin de trazar estratexias que contemplan a totalidade da intervención.* En relación con esta coordinación, fálase tamén da necesidade de que sexa un equipo, e non un só profesional, o que tome decisións sobre os ingresos ou *postas en liberdade.* Unha usuaria refírese tamén á necesidade de control das profesionais en prácticas, *porque están desamparados ás veces ante persoas sen escrúpulos nin preparación.*

Un último aspecto no que as usuarias propoñen melloras é no clima e trato hospitalario, é dicir, unha vez que están ingresadas en unidades de agudos ou similares. Así, propoñen a existencia dun parque ou xardín onde poder pasear (e tamén a posibilidade de saír máis á rúa), que as unidades non sexan tan claustrofóbicas, que os ingresos sexan o máis breves posible, e mesmo que se evite *unha situación de exclusión social, como se fai agora illando os pacientes e incluso impedindo que usen internet.* Neste contexto, outra usuaria expón que *hai que buscar o xeito de que o paciente estea BEN, non meramente CONTROLADO.*

Unha usuaria propón como mellora xeral *que se adapten dunha vez ás leis vixentes a Convención para os Dereitos das Persoas con Discapacidade, como así o recomenda o Comité Observador do cumprimento desta Convención por parte dos Estados Membros.*

A modo de conclusión para este cuestionario dirixido a persoas diagnosticadas e usuarias dos servizos de saúde mental, quixera incluír esta reflexión dunha usuaria: *Que se entenda dunha vez que TODAS temos problemas mentais, non só quen ten un diagnóstico. Ter un problema mental non te converte nunha enferma mental. Hai que deixar de considerar que un problema mental deixa de selo se o padecen moitas persoas. Os celos, o consumismo, a credulidade e a falta de espírito crítico, a necesidade de aceptación social etc., son tamén problemas mentais que causan moito sufrimento. Pero ninguén te chama enfermo mental por ser celoso. Nin te ten estigmatizado por selo e en cambio es temido como a un esquizofrénico, cando moita máis xente asasina e fai dano por mor dos celos que da esquizofrenia.*

Imos entón, agora, co cuestionario dirixido ás profesionais.

“Que se entenda dunha vez que TODAS temos problemas mentais, non só quen ten un diagnóstico. Ter un problema mental non te converte nunha enferma mental”.

3 | Cuestionario dirixido ás persoas profesionais:

1- Cal foi a peor experiencia que tiveches como profesional dos servizos de saúde mental?

Unha psicóloga clínica relata como peor experiencia, *polo medo e impotencia que sentín, dúas situacións nas que fun agredida levemente por usuarias hospitalizadas. Paréceme importante sinalar que nos dous casos penso que a responsabilidade foi máis nosa que das pacientes, por non valorar ben a idoneidade destas intervencións, que non resultaron axustadas ao seu estado.* Outra psicóloga, a partir do suicidio dunha persoa ao saír da súa consulta: *Sempre pensei que tal vez fixen ou dixen algo que influíu en que a persoa tomase esa decisión nese momento.*

As psicólogas residentes apuntan como peores experiencias a falta de supervisión directa de psicólogo clínico atendendo a unha paciente con trastorno mental grave á que non podía ofrecerlle un tratamento acorde coas súas necesidades, ou o feito de verse implicada en conflitos de poder entre facultativos de distintas especialidades á hora de decidir “de quen é o caso” en vez de destinar os esforzos clínicos en atender ás necesidades e sufrimentos do doente. Unha delas refire tamén como experiencia desagradable *presenciar a realización dalgunha contención física e os posteriores comentarios entre o persoal que a realizou deshumanizando á persoa contida, ou que, a diario, se me esixa o cumprimento duns obxectivos que nada teñen que ver coa axuda ao outro, senón máis ben coa propia perversión do sistema do que eu formo parte.* Outra psicóloga relata, como experiencia desagradable e xeneralizada, a situación *de que a pesar de ter competencias para realizar un determinado tratamento cun usuario, a este non se lle facilitou ter acceso a dito tratamento en función do diagnóstico por exemplo e non atendendo as súas preferencias ou a se o tratamento era eficaz para esa problemática que presentaba.*

A única psiquiatra que respondeu ao cuestionario relata que as súas peores experiencias foron *no servizo de urxencias con moita presión asistencial e escaso número de persoal.*

2- Sentiches algunha vez que os recursos (tempo, formación etc.) eran insuficientes para axudar adecuadamente ás persoas usuarias baixo a túa responsabilidade? Poderías poñer algún exemplo?

As psicólogas clínicas sinalan a falta de tempo como unha constante. *Precisamos tempo non só para traballar directamente cos usuarios senón tamén para outros labores relacionados: facer anotacións na historia clínica, informes, coordinarnos con outros profesionais, ampliar coñecementos etc.* Unha delas explica que cando a xornada laboral é insuficiente, emprégase tempo extra, o que *pode producir unha sensación de esgotamento e “saturación”,*

que repercute negativamente na calidade da atención prestada aos usuarios. A outra denuncia as condicións de precariedade absoluta, con moitas persoas que atender e pouco tempo, e cos tempos de seguimento moi longos, o que imposibilita un traballo/atención axeitados, especialmente nas unidades de saúde mental. Non é a excepción, é a regra.

Entre as psicólogas residentes, as respostas a esta cuestión teñen que ver coa falta de supervisión, co sentimento de formación insuficiente, *posto que se facía fincapé en aspectos moi teóricos e moitas veces distorsionados por unha perspectiva bioloxicista que infravaloraba o resto de circunstancias e factores que inflúen na saúde mental das persoas, coa saturación das axendas... Unha delas sinala tamén como un obstáculo a escaseza de lugares e momentos de encontro nos que poder coordinar as nosas actuacións, xa que fai que en vez de que as nosas actuacións se vexan potenciadas pola intervención de varios profesionais, unhas podan interferir negativamente nos efectos das outras.*

Outra das psicólogas residentes sinala tamén a carencia de recursos sociais: *faltan tamén moitísimos recursos que puideran favorecer unha atención máis integral e a longo prazo dos doentes que poidan precisar deste tipo de axudas e soportes.*

Pola súa banda, a psiquiatra explica que *en numerosas ocasións tanto nunha planta de hospitalización como no servizo de urxencias con escasísimo persoal, ademais de non formado en saúde mental, obriga a unha asistencia deficiente.*

3- Sentícheste algunha vez cuestionada, ou coaccionada para tomar decisións contrarias á túa ética profesional? Poderías poñer algún exemplo?

As psicólogas clínicas responden negativamente a esta cuestión.

Das psicólogas residentes, só unha responde negativamente. Outra das psicólogas si refire situacións de coacción: *ter que decidir atender máis tarde do que considero axeitado a un paciente por cuestións de axenda, poñer diagnóstico tras unha primeira consulta, deixar de atender unha paciente ingresada no hospital e a súa familia porque a miña actuación podería ir “en contra” dalgún compañeiro (psiquiatra) na súa loita de poder con outra especialidade médica, dicirlle a uns pais que levaran o seu fillo (cun autismo) á privada porque desde a pública eu non os ía poder axudar como necesitaban, ... Poñer algún diagnóstico non moi axustado á realidade (explicándollo e pactándoo previamente co paciente) cando valoro que é a única forma de que a persoa consiga o acceso a algunha axuda, recurso etc.* Unha terceira psicóloga reflexiona sobre como a propia supervisión do período de formación implica certo cuestionamento, pero a maiores diso, explica que, por exemplo: *lembro nunha consulta onde se daban moitas situación de non respectar a confidencialidade*

e a autonomía dos pacientes e que eu por inseguridade ou por “comodidade” quizais non confrontei. Si que é certo que cando dependeu de min algunha decisión sempre intentei facelo ben respectando os pacientes, pero non me gustaba ser testemuña e non facer nada cando o facía o/a supervisor/a”.

A psiquiatra responde: afirmativamente, e explica: *Sempre pola escaseza de recursos sociais ou sanitarios ate o punto de ter ingresado a unha persoa máis tempo do debido por non dispoñer de recursos socio-sanitarios para poder continuar o proceso de tratamento.*

4- Sentiches algunha vez que a atención que podías prestar estaba máis rexida por criterios burocráticos estandarizados que por programas personalizados e ben programados?

Mentres que unha das psicólogas clínicas afirma non terse sentido así nos dispositivos nos que traballou, a outra afirma que si, xa que *moitos dos centros das USM responden a criterios burocráticos/estatísticos e responden a criterios económicos e de xestión (porcentaxes de altas, estancias medias nas unidades de hospitalización etc.)*

Entre as psicólogas residentes, hai variación. Unha delas explica que sentiu *a presión burocrática en tarefas de avaliación pero non de tratamento*, e outra expresa esa presión coa metáfora *o bosque non permite ver as árbores*, referíndose a que os protocolos e outras burocracias *deseñadas desde un modelo de xestión económica esquecen por completo a persoa e a súa singularidade, o un a un...* Outra das psicólogas residentes especifica que sentiu esta burocratización *sobre todo á hora de tratar o “Trastorno Mental Grave” (diferentes tipos de psicoses e TB, TP...).* *Por exemplo, restrínxese a atención psicolóxica a este tipo de problemáticas porque se lles supón base orgánica. Tamén prevalecen ás veces normas da institución que soen estar anticuadas e non adaptadas ás verdadeiras necesidades dxs usuarixs.*

A psiquiatra, pola súa banda, afirma ter sentido tamén esta burocratización.

5- Consideras que o modelo de atención pode ser revitimizante para as persoas usuarias que teñan sufrido algún trauma (violencia psíquica, física, sexual etc.)? Poderías poñer algún exemplo?

Entre as psicólogas clínicas que responden afirmativamente, apúntanse varias cuestións:

Pode ser revitimizante dar por feito que os usuarios teñen que falar da situación traumática con cada profesional que os vai atendendo. Tamén cando non se respecta o ritmo do paciente ou se lle anima a afondar en detalles innecesarios. Paréceme importante valorar e decidir conxuntamente de que maneira se vai abordar o tema, para evitar facer máis dano.

Si, especialmente en casos de abusos, violencia de xénero e aspectos relacionados co xénero e/ou ser muller.

As psicólogas residentes apuntan, como foco desta revitimización a etiquetación e ao modelo paternalista (*como sucede nos casos de violencia de xénero, que redundan en contra do empoderamento, da autoimaxe e da autoestima e da toma de decisións*), ou a consideración de *persoas enfermas con escasas posibilidades de cambio e pouca capacidade de actuación*. Unha das psicólogas sinala que, en casos de violencia de xénero, *pódese producir cuestionar a vítima en vez do culpable, igual que en situacións traumáticas o por o énfase da intervención na persoa vítima e non atribución a factores alleos á persoa (sociais, culturais...)*. Outra psicóloga refire como determinadas atribucións persoais en base a certos diagnósticos *xeran a repetición do patrón relacional previo que xera repetición/ revitimización*. Refírese en concreto á atribución de trazos *“manipuladores”* ás persoas con diagnóstico de Trastorno Límite.

A psiquiatra considera que se produce revitimización cando se utilizan *técnicas de contención como a suxeición mecánica ou o peche durante meses en plantas pechadas*.

6- Consideras que o modelo de atención, de base maioritariamente bioloxicista, non atende ao relato biográfico das persoas usuarias á hora de considerar globalmente as causas do seu sufrimento psíquico, e polo tanto non ofrece os apoios necesarios máis aló do tratamento farmacolóxico?

As psicólogas clínicas responden afirmativamente a esta cuestión. Unha delas explica que *o modelo biomédico hexemónico e o poder das farmacéuticas fai estragos, individualizando e medicalizando o malestar, que ten múltiples orixes (sociais, laborais etc.)*, mentres que a outra pensa que o problema pode ser debido *máis a unha escaseza de recursos (fóra dos fármacos) que a unha adhesión rixida ao modelo bioloxicista por parte dos médicos e psiquiatras*. *Por exemplo, unha sobremedicación en primaria pode ter que ver coa dificultade do médico para tolerar o sufrimento e a dificultade para derivar á outros dispositivos ou programas. Penso que o mesmo ocorre na especializada.*

Tanto a psiquiatra como as psicólogas residentes tamén responden afirmativamente. Unha delas sinala que esta limitación do modelo bioloxicista dáse tanto á hora da explicación das causas posibles como á hora da intervención, unicamente baseada no tratamento farmacolóxico, engadindo que, ademais, *calquera deterioro ou empeoramento se atribúe á propia “enfermidade” ou á non correcta toma de medicación, e non a outros factores como sucesos vitais estresantes, perdas, maltrato, sufrimento psíquico de anos de evolución...*

7- Cal cres que son, na túa opinión, as fallas máis evidentes do sistema de atención á saúde mental?

As psicólogas clínicas entrevistadas e mais a psiquiatra apuntan como falla máis evidente a escaseza de recursos humanos. As psicólogas refírense tamén aos modelos biomédicos imperantes (“reducionistas”), e aos criterios economicistas que organizan os servizos públicos de saúde.

As psicólogas residentes coinciden tamén nas fallas anteriormente mencionadas polas súas compañeiras. A maiores, nas súas respostas especifican outros aspectos como *as listaxes de espera*, a escasa formación dos recursos profesionais (*recursos asistenciais moi limitados e mal deseñados*) ou o *mal traballo multidisciplinar*. Relacionado coa visión crítica da multidisciplinariedade, unha delas sinala como problema *a pouca comunicación e disposición dos profesionais (todos) para reunirse e tratar de facer unha abordaxe coherente coas necesidades da persoa*.

Unha das psicólogas residentes sinala tamén como falla o “*sistema deshumanizante*”, que repercute de diferentes maneiras nas persoas usuarias, como a *posición de poder dos profesionais sen ter en consideración o desexo e necesidades do paciente*, a *tendencia á cronificación e patoloxización do sufrimento do outro*, o feito de *non respectar a liberdade dos doentes*, ou non consideralas como *persoas responsables e, polo tanto, con capacidade de decisión...* Outra das psicólogas sinala tamén como fallas *certas prácticas de control e castigo como pode ser a contención física ou a retirada de dereitos (non privilexios, como saídas a fumar...)*.

8- Que melloras proporías para os servizos de saúde mental, a partir da túa experiencia?

Entre as respostas contribuídas polas psicólogas clínicas, propónse por unha banda a presenza de psicólogos clínicos na atención primaria, que *podería reducir o número de derivacións á Especializada aliviando as listas de espera e repercutindo nunha mellor atención en ambos niveis*. A outra psicóloga propón como melloras *sen dúbida a perspectiva dxs afectadxs en 1ª persoa, que está enriquecendo e achegando unha perspectiva do sufrimento e unha crítica aos servizos de saúde mental necesaria e imprescindible*, apuntando ademais que *serían necesarios máis profesionais e recursos con outro tipo de mirada fronte ao sufrimento, así como o desenvolvemento de recursos e programas que teñan en conta esa mirada ampla do sufrimento*.

As psicólogas residentes coinciden tamén na necesidade dun maior número de psicólogos clínicos, con máis prazas *PIR cunha axeitada supervisión e formación para a mellora de competencias*, servizos propios para a psicología clínica *que redunden nun mellor traballo interdisciplinar sen presión externa*, e traballo en equipo. Unha delas propón como mellora o *autocuestionamento do sistema*, así como unha *maior consideración do doente, educar/promover unha maior participación dos doentes no seu proceso clínico*. Refírese esta psicóloga á necesidade de *contar con obxectivos humanizados e non económicos, menor defensividade e maior comunidade* e tamén á existencia de *espazos de encontro, entre persoas...* Outra das psicólogas comenta que está a favor do tratamento farmacolóxico *sempre e cando se prescriba con moderación e baseado na resposta e na mellora clínica percibida polo paciente e/ou os familiares xunto cunha intervención holística da persoa (psicolóxica, ocupacional, familiar, social...)*.

A psiquiatra entrevistada sintetiza as melloras necesarias en “*augmentar os recursos esixindo o proposto nas leis actuais*”.

4

Conclusións:

Da lectura das testemuñas de usuarias e profesionais dos servizos de Saúde Mental en Galiza despréndese por si soa a necesidade de repensar outro modelo de atención á saúde mental. A exhaustiva e necesaria crítica construtiva que aportan as persoas entrevistadas apunta sen dúbida a esta necesidade dun modelo novo, máis centrado nas persoas e as súas necesidades que no modelo bioloxicista e a excesiva burocratización que parecen dominar actualmente a atención á saúde mental no servizo público.

REALIDADE TRANS INFANTO-XUVENIL. COÑECER PARA ACOMPAÑAR

Cristina Palacios Castro

TRABALLADORA SOCIAL E DOCENTE DE CURSOS SOCIO-SANITARIOS. PRESIDENTA DE ARELAS, ASOC. FAMILIAS DE MENORES TRANS DE GALICIA.

✉ arelasasociacion@gmail.com

RESUMO: Neste artigo, baseado na experiencia, achegamos a realidade trans infanto-xuvenil, unha realidade descoñecida por moitxs profesionais cos que terán que convivir xs nenxs trans. O noso obxectivo é que menores e familias reciban o apoio, o asesoramento e o acompañamento necesario e evitar que vivan situacións de rexeitamento, discriminación, estigmatización e violencia. Evitar que sufran transfobia. Unha das formas máis poderosas de exercer a transfobia é a patoloxización das identidades trans desde o ámbito da medicina, o que na práctica supón que un/unha menor trans debe ser diagnosticadx obrigatoriamente como unha persoa que sofre disforia de xénero, téña ou non, para ser recoñecidx legalmente e poder acceder a posibles tratamentos médicos. Propomos por tanto, unha mirada transpositiva que permita a cada persoa expresar e comportarse desde a liberdade para exercer o seu dereito a ser.

PALABRAS CLAVE: Trans, acompañamento, empoderamento, autonomía, despatoloxización.

ABSTRACT: In this article, based on experience, we inform professionals about the reality of non-adult transsexual people a reality unknown by many professionals who have to live with transgender children. Our goal is to that children and families receive the necessary support, advice and accompaniment and avoid having to live in situations of rejection, discrimination, stigmatization and violence. To avoid transphobia. One of the most powerful ways of exerting transphobia is the pathologization of transsexual identities which implies that transsexual people must undergo a diagnose for gender dysphoria, whether it occurs or not, to be legally recognized and able to access medical treatments. We bring a transpositive look that allows each person to freely express and exert their right to be.

KEY WORDS: Trans, accompaniment, empowerment, autonomy, depathologization.

SUMARIO:

- 1 Aclarando termos.
- 2 Vivencias iniciais.
- 3 E as familias?
- 4 Paradigma actual no tratamento da transexualidad infanto-xuvenil
- 5 O eterno debate da patoloxización das identidades trans
- 6 Conclusións.
- 7 Glosario de termos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Ann Horton, M. (2008). *The Incidence and Prevalence of SRS Among US Residents*.

Barqui N., Genise G. e Tolosa O. D (2018). *Manual integrador hacia la despatologización de las identidades trans. Recursos teóricos y clínicos para profesionales de la salud y educación*. Editorial Akadia.

Dean S. (2015). *Una vida normal: violencia administrativa. Políticas trans críticas y los límites del derecho*. Editorial Bellaterra.

Gallofré, G., Generelo, J. e Pichardo J.I. (2007). *Adolescencia y sexualidades minoritarias: voces desde la exclusión*. Ed. Alcalá.

Gavilán, J. (2016). *Infancia y transexualidad*. Editorial La catarata.

Mayor, A. e Monteagudo, S. (2016). *Niñas y niños: cada una, cada uno, diferente*. Editorial Litera Libros.

Owl and Fox, F. (2019). *Guía de supervivencia para adolescentes trans*. Editorial Bellaterra.

Platero Méndez, Lucas R. (2014). *TRANS*EXUALIDADES: Acompañamiento, factores de salud y recursos educativos*. Editorial Bellaterra.

1 Aclarando termos

Os xenitais non determinan a identidade dunha persoa, de tal maneira que existen nenos-homes con vulva e nenas-mulleres con pene. Isto forma parte da diversidade humana.

Na actualidade, unha inmensa maioría da cidadanía entende e asume este feito como algo natural que difire do binarismo imposto socialmente de home con pene e mulleres con vulva con determinados roles e expresións de xénero. As persoas trans e as súas vivencias desafían esa orde social binaria que xera moito sufrimento e coarta a vida de moitas persoas desde que son menores de idade.

A diversidade sexual e de xénero é unha característica enriquecedora que forma parte das diferentes sociedades, un trazo que nutre a convivencia de diferentes matices, formas de ver e vivir a vida, modelos de familia e realidades humanas. Cando falamos de diversidade sexual e de xénero facemos referencia basicamente a catro elementos: sexo asignado, identidade sexual ou de xénero, orientación sexual e expresión de xénero.

Entendemos por sexo asignado (tamén coñecido como sexo biolóxico) aquel que se nos impón atendendo á xenitalidade coa que nacemos: se naces cun pene asígnaseche sexo masculino, se naces cunha vulva, sexo feminino. É, por tanto, o que nos diferencia anatomicamente desde un punto de vista binario home-muller. Cuestión moi discutible tendo en conta a existencia de persoas intersexuais que non responden a esta regra, xa que a súa xenitalidade ambigua, a súa combinación de xenitais e gónadas de “ambos os sexos” e mesmo os seus cromosomas diferentes a XX e XY, demóstrannos que o corpo co que nacemos non sempre vai determinar a túa identidade. O 30%¹ das persoas intersexuais ás que se lles impón unha identidade (mesmo unha xenitalidade e corporalidade a través de cirurxías e tratamentos hormonais) crecen sendo trans e/ou non binarios.

O sexo asignado é moi importante porque determina a identidade sexual e de xénero e o nome rexistral do bebé.

A identidade sexual e de xénero responde ao sexo sentido, a quen somos realmente independentemente do corpo co que nacemos. É a vivencia interna e individual do xénero tal e como cada persoa sente e autodetermina, podendo

non corresponder co sexo asignado no momento do nacemento, caso das persoas transexuais.

A identidade dunha persoa é un proceso que se constrúe no tempo e non é un feito illado que aparece a certa idade motivado por ningunha cuestión ou suceso en concreto. A identidade sexual e de xénero vai máis alá do binarismo imposto socialmente de home/muller, existindo identidades que van desde muller/home transexual, muller/home cissexual, xénero fluído, axénero, persoas non binarias²...

A orientación sexual ten que ver co feito de sentir desexo, afecto e/ou atracción física por unha persoa. A identidade sexual e de xénero e a orientación sexual non son o mesmo, a primeira responde a quen son, a segunda a quen amo ou desexo, de tal maneira que unha persoa trans pode ser heterosexual, lesbiana, gai, bisexual ou asexual, do mesmo xeito que poden selo quen non son trans. Así, un home trans (home que naceu con vulva) que sente atracción por outro home considérase gai.

Falamos de expresión de xénero para referirnos á manifestación social de cada persoa da súa identidade a través do aspecto físico, aparencia, formas de expresarse, roles, linguaxe... Esta expresión establécese socialmente como feminina, masculina e/ou neutra. A expresión de xénero nada ten que ver coa identidade sentida, de tal maneira que unha muller trans³ ou cis pode ter unha expresión de xénero masculina ou neutra, e non por iso, ser menos muller.

É necesario comprender que en toda esta diversidade de vivencias e realidades non hai ningunha anormalidade e/ou enfermidade. As identidades e orientacións sexuais non se prefiren, por tanto non se elixen, non se contaxian nin imitan, non se aprenden, simplemente séntense, vívense.

A transexualidade é unha mostra máis da diversidade, nunca un trastorno nin unha desorde mental que leva a unha persoa a sentirse sempre atrapada nun corpo errado. Considerala como tal responde a un descoñecemento da realidade e a unha actitude absolutista e reduccionista coa que perpetuar a hexemonía social do binarismo dos homes e mulleres cisonormativos⁴ de “corpos correctos”.

Podemos entender a transexualidade como unha situación en que se asigna ou etiqueta erroneamente a un bebé atendendo unicamente á súa xenitalidade,

¹ Datos de Brújula Intersexual.

² Ver glosario de termos ao final do artigo.

³ Persoa que non se identifica nin sente como propio o sexo e xénero asignado no momento de nacer en base á súa xenitalidade. Persoa que si se identifica e sente como propio o sexo e xénero asignado no momento de nacer en base á súa xenitalidade.

⁴ Persoas cissexuais que responden ás normas de xénero impostas socialmente.

non permitiéndolle expresar a súa verdadeira identidade. Se admitimos que o sexo asignado non sempre nos serve para identificarnos como neno ou nena (as persoas intersexuais-trans son un exemplo diso), unha muller trans non pode ser considerada unha “muller biolóxica” desde o nacemento? O mesmo para os homes trans, persoas que naceron sendo homes con vulva, pero homes en definitiva. A percepción de xénero, o xénero sentido, está producida polo cerebro que é parte da nosa bioloxía da mesma maneira que os cromosomas, as gónadas ou os xenitais.

2 Vivencias iniciais

Os informes “oficiais” falan dunha prevalencia de 1 de cada 10.000, aínda que os resultados de estudos máis recentes ofrecen unha cifra de 1 de cada 1.000 (Horton, 2008). Ao principio, non hai “disforia de xénero”, non hai rexeitamentos ou incongruencias, falamos de nenxs que presentan unha desconformidade interna co sexo asignado e que desexan ser recoñecidxs⁵ cunha identidade diferente. Só máis tarde comezan a darse de conta de que non están a responder ás expectativas que de eles teñen xs demais. Esta identidade en formación dxs nenxs trans adoita transgredir as normas de xénero socialmente dominantes, co que estas actitudes estrañas aos ollos dxs adultxs poden ser visíbeis de maneira moi precoz, cuestión na que poñen o foco algunhas familias e profesorado, sobre todo se falamos de persoas percibidas como nenos con comportamentos de xénero “femininos”. Estes comportamentos de xénero non normativos que de maneira moi natural mostran estxs nenxs a miúdo van acompañados de resistencias e reaccións negativas da contorna. O que inevitablemente pode levarxs a un axuste dos seus comportamentos para tratar de encaixar.

As persoas trans experimentan a súa identidade de diversas maneiras e poden chegar a tomar conciencia de que a súa identidade non coincide coa asignada ao nacer, a calquera idade. Algunhas persoas son conscientes dos seus sentimentos desde que teñen memoria, aínda que outra cousa é cando son quen de expresalo. Nenxs trans comunican o que senten da forma na que saben con 3-4 anos (“*mamá non son un neno, son unha nena*”, “*cando me sairá unha coliña?*”, “*por que me chamas Xan se eu quero chamarme Lola?* ...). Non só o comunican con palabras, tamén poden facelo a través das súas expresións e roles de xénero (travístense, xogan habitualmente con xoguetes que socialmente corresponden co “outro sexo”, xogan e relaciónanse sobre todo con persoas da seu mesmo sexo sentido) posto que é a forma en que lles resulta máis fácil ser cridxs ou percibidos polo seu sexo sentido e non polo sexo asignado. Outrxs, en cambio, loitan contra sentimentos de vergoña, confusión, medo e esconden o que senten.

Serán as diferentes respostas da súa familia e contorna o que determine se seguirán mostrándose tal e como son, ou non, reprimindo e escondendo a súa verdadeira identidade, ás veces, durante anos.

A Academia Americana de Pediatría (APA) dinos que: “ao redor do primeiro e segundo ano de vida, os nenos fanse conscientes das diferenzas físicas entre nenos e nenas; antes do seu terceiro aniversario xa se etiquetan a si mesmos con facilidade como neno ou como nena, pois a esta idade xa adquiren un forte concepto do seu eu. Aos 4 anos a identidade de xénero dos nenos é estable e saben que sempre serán un neno ou unha nena”.

⁵ Utilizamos a “x” como forma de incluír a todo tipo de identidades.



@sharonmccutcheon

Moitxs nenxs trans poden ter sentimentos de non “encaixar” con outras persoas do seu mesmo sexo asignado, ou ter desexos específicos de ser e vivir segundo o seu sexo sentido. Outrxs danse de conta das súas identidades trans ou de que lles pasa algo ao que non saben pór nome durante a adolescencia, ou moito máis adiante no seu traxecto vital. Aquelas persoas que realizan a transición social⁶ máis tarde posiblemente loiten por adaptarse correctamente e comportarse segundo o seu sexo asignado, vivindo unha dobre vida, debido ás consecuencias que podería causar expresar o seu desexo de vivir coa súa verdadeira identidade, creándolles unha grande insatisfacción e infelicidade, co sentimento de ter infancia e adolescencias perdidas, épocas que non quixerían volver vivir. Algunhas delas poden rexeitar os seus xenitais e outras aman ser mulleres con pene e homes con vulva. Mesmo haberá quen non demande tratamentos hormonais nin cirurxías e que non necesite máis nada que ser recoñecidxs socialmente como as persoas que realmente son, fóra do circuito médico e de saúde mental. Moitas persoas trans móstranse e visibilízanse orgullosas de ser trans e outras cun bo passing⁷, prefiren pasar desapercibidxs como persoas cis. Por tanto, é obvio que a identidade sexual e de xénero é vivida e expresada de forma única e individualizada, polo que non podemos abordar esta cuestión desde a homoxeneidade ou como un camiño único que seguir, senón entendendo que existen tantas vivencias e realidades como persoas trans existen.

O que seguro que todxs elxs van necesitar é moito respecto, aceptación, agarimo e acompañamento no seu proceso vital, posto que quizais teñan certas dificultades e complicacións na súa vida diaria. Despois de acompañar e orientar a máis de 270 menores, con ou sen as súas familias, desde ARELAS observamos que cando se descoñece a realidade da transexualidade infanto-xuvenil (algo que sucede moi a miúdo), a moitos dxs menores aos que ao nacer se lles asignou un sexo e xénero errado en atención aos seus xenitais, négaselles a posibilidade de desenvolverse como elxs necesitan e queren, xerándolles un gran sufrimento ao impedirles presentarse socialmente coa súa verdadeira identidade e obrigándoxos a finxir ser outra persoa.

A APA advírtenos de que “non serve de nada obrigarnos a actuar dun modo máis acorde ao seu xénero biolóxico, porque cando se lles obriga a actuar desa maneira algúns caen nunha depresión, en problemas de conduta ou mesmo chegan a ter pensamentos suicidas”.

Negar a verdadeira identidade é unha das accións máis crueis e violentas que se pode exercer sobre un/ha nenx ou adolescente trans.

O desexo de moitxs nenxs e adolescentes trans é vivir e presentarse socialmente de acordo a como sente, por iso poden ter a necesidade de adecuar o seu aspecto físico e a súa imaxe social ao xénero co que se identifican. Pero debido aos prexuízos que poden existir na súa contorna máis inmediata, algunhxs delxs enfróntanse a situacións/interaccións especialmente incómodas e violentas nos seus ámbitos sociais, familiares, deportivos e educativos, o que pode supoñer altos niveis de tensións e ansiedade, sobre todo cando se atopan nas etapas iniciais da transición. Por iso, é fundamental o apoio da familia e profesionais que están ao seu redor, sobre todo os primeiros días ou semanas. É neses momentos nos que dan un paso tan importante nas súas vidas, cando máis agarimo e comprensión precisan. E aínda que para as familias pode ser un paso difícil de afrontar, deben entender que para x seu/súa fillx é aínda máis desconcertante e estresante, e que, sen o seu apoio, o camiño será moito máis longo e dificultoso.

Desde a nosa experiencia, observamos que durante a infancia e antes de alcanzar a adolescencia, xs nenxs trans adoitan ter situacións «menos problemáticas» que na adolescencia, moi probablemente porque os seus corpos son aínda bastante neutros e a presión social polo aspecto físico é menor. Para cando son adolescentes e empezan a ver que o seu corpo vai na dirección contraria ao que desexan, xorden moitas alertas, medos e inseguridades que farán que mostren inquietude de moitas maneiras. Algúns dos cambios poden ser de tipo condutual e/ou emocional incluíndo a depresión, a apatía, a introversión, mostrar mal comportamento froito da tristeza, frustración ou enfado, que ás veces chama a atención dos seus familiares ou profesorado e pode motivar a consulta cun profesional. Mesmo poden aparecer trastornos da alimentación, que poden estar a enmascarar unha disconformidade coa identidade de xénero asignada no nacemento.

Para moitxs adolescentes, este é o momento clave no que son máis conscientes de que lles «pasa algo» desde hai moito tempo, aínda que lles é moi difícil pór nome ao que senten por falta de información e referentes nos que verse reflexadxs. No estudo “Adolescencias e sexualidades minoritarias, voces desde a exclusión” (Gallofré et al., 2007), sinálase como na adolescencia LGBTBI atrávesanse estes procesos:

- 1) buscar un nome ao que senten.
- 2) ter iniciativa para atopar iguais.
- 3) aceptar a diferenza.
- 4) poder tomar decisións de revelar (ou non) a túa identidade e orientación.

⁶ Presentarse socialmente coa verdadeira identidade, a sentida.

⁷ Cando as persoas que non coñecen a unha persoa trans, lénna coa súa identidade sentida e non dubidan do seu xénero. Adoita asociarse o passing a adoptar vestimentas, hábitos e estereotipos asociados ao xénero en cuestión.

Os seus autores afirman que estas fases, nin son consecutivas, nin afectan a todxs do mesmo xeito, podendo prolongarse este proceso durante a idade adulta e ao longo de toda a vida.

O que si sabemos con certeza, é que o rexeitamento e o acoso escolar, aparece inevitablemente en idades moi precoces. Unha investigación⁸ dinos que os insultos tipo marimacho, marica, maricón, travelo... comezan ao redor dos 5-6 anos para castigar os nenos “que fan cousas de nenas” e as nenas “que fan cousas de nenos”. Por tanto, non se castiga xs nenxs por ser gais, lesbianas, trans,...Castígase sobre todo que un neno teña comportamentos de xénero femininos, que teña “pluma”, ou que unha nena teña comportamentos de xénero masculinos, non teña “pluma”. Sen dúbida, o que máis se castiga e pon en alerta ao profesorado é que os que son percibidos como nenos se comporten e fagan “cousas de nenas” -esta cuestión é motivo para que moitxs profesorxs, nomeadamente de Educación Infantil e Primaria, chamen a ARELAS pedindo asesoramento ante a “preocupación” de ter unha alumna trans-, cuestión que nos ten que facer reflexionar moito, sobre se realmente estamos a educar xs nenxs desde a coeducación, fóra de estereotipos de xénero.

Esta situación de rexeitamento e acoso escolar adóitase ir incrementando na Educación Primaria e alcanza o seu maior impacto na escola secundaria, o que causa abandono e fracaso escolar moi cedo, con condutas de risco e mesmo condutas autolesivas, cun risco manifesto de suicidio en quen o padece.

Aquelxs que cremos nunha sociedade libre e respectuosa coa diversidade, podemos consentir que estxs menores teñan que abandonar os seus estudos por non atopar na súa escola un espazo positivo no que poder expresarse e desenvolverse libremente? Acaso elxs non merecen como todxs xs nenxs e adolescentes, poder explotar toda a súa potencialidade e capacidades? Para cambiar a realidade de moitas persoas trans, é imprescindible que ningún destxs adolescentes se vexa na obriga de abandonar a súa formación, para que o día de mañá se poida enfrontar ás posibles situacións de discriminación desde un empoderamento persoal e intelectual que xs coloque nunha situación de suxeitos activos e autónomos, donxs das súas propias vidas.

“Esta situación de rexeitamento e acoso escolar adóitase ir incrementando na Educación Primaria e alcanza o seu maior impacto na escola secundaria”.

3 E as familias?

A reacción das familias ante a realidade de ter na súa casa un nenx/adolescente trans pode ser moi variada. Non cabe dúbida que ter un fillx transexual pode xerar unha gran cantidade de incertezas e ansiedades con respecto ao seu porvir, medo a acoller dentro da familia unha realidade nova, medo do que dirán os demais, pero sobre todo, medo de ter que cambiar as expectativas que tiñamos postas sobre xs nosxs fillxs. Desde ARELAS coñecemos moi ben a realidade de moitxs nenxs e adolescentes que ao non cumprir coas expectativas das súas familias e contorna son obrigadxs a non transitar, rexeitadxs, ameazadxs e no peor dos casos, maltratadxs fisicamente e/ou abandonadxs.

Os primeiros intentos dxs nenxs trans de comunicar que non son os nenos ou nenas que todxs cren, poida que sexa tomada polxs adultxs como unha broma ou chamada de atención, como unha confusión transitoria, ou simplemente pareza unha fase que vai pasar. No caso dxs adolescentes isto pode tomarse como unha parvada,

⁸ “Diversidad sexual y convivencia: una oportunidad educativa”, Mercedes Sánchez Sainz. Profesora do Dpto. de Didáctica e Organización Escolar da Universidade Complutense de Madrid.

unha moda ou unha escolla temporal que responde a non saber o que realmente é. Nesta fase de adolescencia é posíbel que a sospeita estea máis baseada na súa orientación sexual non heterosexual, en lugar de preguntarse pola identidade de xénero, que a miúdo non se cuestiona ou se ignora entendendo que é un “problema difícil de abordar” que teñen que esperar a que se resolva coa maioría de idade.

Mais esa mirada adulta condescendente e moitas veces reprobadora e/ou sancionadora ignora o grande esforzo persoal e comunicativo dunha persoa moi nova, que leva tempo non entendendo moi ben o que lle pasa (ás veces anos) e que non atopa a resposta e o apoio que necesita. Ignorando, ademais, que as diferentes respostas das persoas da súa contorna teñen un grande impacto na súa autopercepción e pode provocarlles tanto aceptación como rexeitamento e vergoña, o que xs levaría a silenciar de novo todo o que están a sentir.

Esconder e reprimir a súa verdadeira identidade ten un custo moi alto. Debilita a autoestima e a personalidade dun/ha nenx ou adolescente en desenvolvemento. Ás veces de maneira irreversible. Segundo un estudo realizado en 2010⁹, un 83% dos menores que non son apoiadxs, respectadxs e acompañadxs polas súas familias pensan no suicidio antes dos 20 anos e un 41% expresan plans ou tentaron suicidarse.

En cambio, é moi tranquilizador e esperanzador para as familias coñecer os resultados dunha investigación máis recente¹⁰ que se realizou con adolescentes trans a quen se lles respectou a súa identidade, acompañouse desde as familias e escolas no seu tránsito social, e accederon a tratamentos para bloquear a puberdade. Observouse que tanto os indicadores de calidade de vida e felicidade, como os niveis de ansiedade e preocupación pola súa imaxe corporal, foron similares ou mesmo mellores aos da poboación non transexual da súa mesma idade. Que nos indican estas perspectivas tan diferentes? Que ser transexual non produce vergoña, dor nin sufrimento. O que produce dor e sufrimento é a falta de respecto, o abandono, o rexeitamento familiar, o acoso escolar e a discriminación social por ser como son. Porque o que xs empuxa á morte, o que mata, é a **transfobia**.

Algo que observamos moi a miúdo é que canta máis idade ten a persoa trans, máis situación de desconcerto e rexeitamento adoita existir desde a familia e contorna. Nun principio pregúntanse se deben corrixir e reprimir estas actitudes, se será unha fase que pasará e que polo tanto teñen que ignorar non prestándolle atención, ou se teñen que entendelo como algo propio do seu desenvolvemento

to e exploración do eu. Moitas familias buscan desesperadamente a un profesional, normalmente do ámbito da saúde mental, tratando de atopar nun primeiro momento a orixe desas manifestacións, para máis tarde, unha vez asumida ou entendida a realidade, saber que facer para un mellor acompañamento. De aí, a grande importancia de que estas familias sexan atendidas por profesionais ben formadxs e informadxs sobre diversidade sexual e de xénero, así como todas as realidades que se enmarcan dentro destes conceptos. Por suposto, ben formados sobre transexualidade infanto-xuvenil desde unha perspectiva transpositiva e non patoloxizadora, que saiban orientar e acougar os medos e inseguridades iniciais.

Xs nenxs e adolescentes trans precisan que estxs profesionais, normalmente psicólogxs, expliquen ás súas familias que non existen expresións ou comportamentos de xénero “normais”, ou que unha parte do corpo non vai definirche como persoa, que a transexualidade é moito máis que disforia, tratamentos ou cirurxías, que teñen que preparar xs seus fillxs a enfrontarse a unha sociedade á que lle custa admitir a existencia de corpos diversos, que moitas persoas trans que foron acompañadas, respectadas e queridas desde a infancia pola súa familia teñen vidas dignas e felices. Necesitan que estes profesionais transmitan que ter un fillx trans pode ser unha oportunidade para deconstruírse e aprender da diferenza. Que é entendíbel a necesidade dun tempo para entender e acometer os reaxustes necesarios, pero que agora, máis que nunca, o importante é facer sentir ao/á seu/súa fillx que sempre poderá contar con elxs, que non só x queren e aceptan tal e como é, senón que x acompañarán e axudarán a enfrontarse ás posíbeis complicacións que poidan xurdir.

Cada vez máis, aparecen este tipo de familias que optan por non xulgar xs nenxs e adolescentes e responden buscando estratexias para entender, apoiar e acompañar no proceso. Despois dun tempo inicial de «shock», que varía na súa duración e intensidade, as familias usan diferentes fórmulas de afrontamento da realidade. Algunhas necesitan un tempo de “dó” para deixar ir x seu/súa antigx fillx e recibir x que chega, investigan e len todo o que poden sobre o tema implicándose moito na súa transición social, comunicando a todxs as súas achegadxs como teñen que chamalx e en que xénero teñen que tratalx. Cando teñen problemas ou non son respetadxs nas súas escolas, matricúlanos en centros máis transpositivos. Buscan apoiarse e reunirse con outras familias e xs seus fillxs en situacións similares desde as asociacións, e mesmo, máis tarde, axudan e orientan a outras familias desde a experiencia.

⁹ Newton Massachusetts Education Development Center e National Center for Transgender Equality/National Gai & Lesbian Task Force.

¹⁰ Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2016/02/24/peds.2015-3223> Adoita asociarse o passing a adoptar vestimentas, hábitos e estereotipos asociados ao xénero en cuestión.

Moitas familias e profesionais que buscan asesoramento en ARELAS preguntan cando é o momento axeitado para acompañar e permitir os tránsitos sociais destxs menores. A nosa resposta é que non existe unha idade óptima ou correcta para dar este paso, que pode haber menores que non soliciten nada ata os 12-14 e outrxs que o fagan con 5-6 anos. Por suposto, hai que atender ou permitir facer o tránsito cando x menor o demande ou porque xa hai sufrimento por ter que levar unha dobre vida.

É moi importante que x menor sinta que sempre será escoitadx e que cando estea preparadx para dar o paso de iniciar a transición social, non vai atopar cunha negativa por resposta. Se non o percibe así e entende que non van ser escoitadas nin atendidas as súas necesidades, probabelmente non exprese nada e sufra en silencio durante meses ou anos.

As familias que permitimos aos nosxs fillxs facer un tránsito desde idades precoces estamos a ver que estxs poden desenvolverse sen ningún problema engadido polo feito de ser trans, e que evitarlles anos de sufrimento por non poder vivir coa súa verdadeira identidade lles permite crecer e desenvolverse dunha maneira máis equilibrada e con sentimentos de benestar e felicidade. Se hai un relato común entre as decenas de familias acompañadas desde ARELAS é o feito de que a personalidade e o carácter dxs seus fillxs cambian drasticamente unha vez que poden expresar como senten e reciben o apoio e acompañamento necesario. Moitas coinciden en que antes do apoio, xs seus fillxs eran retraídxs, tímídxs, irascibles e mesmo solitarixs. Outras falan de hiperactividade e déficit de atención. Unha vez que puideron mostrar a súa verdadeira identidade e vivila máis libremente, volvéronse máis abertxs, sociables, comunicativxs e extrovertídxs, manifestando unha alegría antes descoñecida. Desaparecen medos, preocupacións, vergoña e ansiedades.

O apoio, a aceptación e o acompañamento das identidades trans supoñen, por tanto, un cambio emocional transcendental, non só nestxs menores senón tamén entre os membros das familias, que mellora notablemente as relacións e dinámicas familiares.

Unha preocupación frecuente entre algunhas familias, reside na incerteza de se a identidade dx seu/súa fillx pode cambiar ou “desistir” nun tempo futuro. Unha preocupación que sobrevén despois de ser atendídxs por profesionais pouco ou nada formadxs, que se apoian en discursos de outrxs colegas de profesión, que en moitos casos non trataron a ningún menor trans e que se amparan nalgúns estudos que falan de “desestamentos” do 80% ao chegar á adolescencia. “Estudos” onde xs autores nin sequera tiñan a formación nin coñecemento suficiente para distinguir “comportamentos de xénero non normativos” de transexualidade. Os falsos resultados destas pseudoinvestigacións¹¹ están baseados nunha absoluta falta de rigorosidade nos “criterios diagnósticos” e na mostra escollida.

Se estxs profesionais que aconsellan as familias baseándose nestes estudos con resultados totalmente falsos preguntasen ás asociacións de familias existentes por toda a xeografía española que albergan a máis de 3.000 familias, explicaríanlles que descoñecemos esa realidade, mesmo algunhas, como ARELAS, poderíamoslles informar que non coñecemos ningún caso de nenx ou adolescente trans que “desistise”.

A carencia de información veraz e transpositiva, fóra de mitos e estereotipos, á que se enfrontan as persoas trans e as súas familias, contribúe non só a aumentar os medos e as dúbidas, a confusión de conceptos



@deninlawley

¹¹ Léanse os artigos: <http://www.endocrinologiapediatrica.org/modules.php?name=articulos&idarticulo=412&idlangart=É> e <http://somospeculares.com/en-profundidade/reflexiona/transexualidad/>

(homosexualidade, transexualidad, travestismo, comportamentos de xénero non normativos etc.), senón, e o que é peor, a considerar como factibles as terapias e intervencións reparativas, cun descoñecemento das terapias afirmativas, acompañadoras e reafirmantes. Tanto persoas trans, como profesionais e moitas familias, sinalan as frecuentes malas prácticas desde saúde mental, psiquiatría e pediatría: profesionais que “advirten” ante o que pode suceder se x menor se presenta socialmente como trans, que tratan de “reverter a conduta” da persoa, profesionais que teñen modelos de xénero moi ríxidos e que as sinalan negativamente por incumprir a cisnormatividade, que mesmo culpabilizan as familias, maioritariamente as nais, pola forma en que educan xs seus/súas fillxs dunha maneira demasiado “permisiva” ou mesmo “transexualizadora”.

Moitas destas malas prácticas non se adoitan denunciar por medo ás consecuencias cara ao/a menor (por exemplo, non conseguir o informe de disforia de xénero, o que impedirá acceder a tratamentos médicos demandados ou cambio legal de nome e sexo). Outras veces resólvese ao interpor unha reclamación, pedir un cambio de profesional ou non volviendo máis á consulta.

Desde ARELAS, reclamamos coñecemento e rigorosidade nos discursos e atencións dxs diferentes profesionais que teñen que atender a menores trans. Menores que, como o resto, só terán unha infancia, só unha adolescencia.

4 Paradigma actual no tratamento da transexualidad infanto-xuvenil

O modelo actual na forma de ver e tratar ás persoas trans pódese resumir nestas ideas e accións amplamente estendidas:

- Un cuestionamento xeneralizado do que senten e expresan xs nenxs/adolescentes trans. Xs menores trans teñen que “demostrar” o que son a través do cumprimento de criterios diagnósticos estereotipados do DSM-5¹² (baseados en gran medida na escolla de xogos, xoguetes, compañeirxs de xogos e expresións de xénero atribuídos socialmente “ao outro xénero”). As identidades non se poden diagnosticar desde fóra en base a ningún criterio, só poden ser expresadas e manifestadas pola propia persoa.
- Unha mirada patolóxizante e biomédica das identidades trans, que supón a necesidade dun proceso de diagnóstico e de descarte de “outra” patoloxía mental que xs poida confundir, para poder ser recoñecidxs como as

persoas que son (catalogan -ou non- á persoa como transexual, permitindo ou bloqueando o acceso de tratamentos que poidan demandar). Para a obtención do diagnóstico e por tanto acceso a futuros tratamentos, avalíase a persoa en función ao grao de adecuación ás normas de xénero (trazos físicos e psicolóxicos que este modelo atribúe aos homes e mulleres de forma estereotipada). Desde este modelo biomédico dáse acceso a servizos unicamente a persoas transexuais que encaixan no ideal deste paradigma (“de home a muller” ou ao revés) e, por tanto, é un modelo excluínte que deixa fóra a todas aquelas persoas que non encaixan nos parámetros que consideran “normais” (por exemplo, persoas non binarias que poden sentir a necesidade de non hormonarse aínda que si de modificar o seu corpo, ou á inversa). Ningunha outra persoa por ningunha outra circunstancia, ten que pasar por un proceso de diagnóstico da identidade para lograr o acceso a dereitos fundamentais.

- Tutela das súas vivencias desde unha mirada cisnormativa. Cada certo tempo teñen que pasar polas consultas de saúde mental para acreditar que seguen respondendo aos criterios diagnósticos do DSM-5, é dicir, no caso das nenas trans, que seguen sendo e comportándose “como unha nena”, e os mesmo para os nenos trans, teñen que ser e comportarse de forma “masculina”. Todas as vivencias trans merecen ser vividas en liberdade sen permiso nin tutela de ninguén, entendendo ademais que perfectamente unha nena-adolescente trans pode ser muller e ter expresións e comportamentos de xénero masculinos. Igual que o resto de nenas-adolescentes cis que optan por esta opción (a diferenza é que estas últimas non son cuestionadas ao ter unha vulva).
- Entendemento da transexualidade como sinónimo de disforia de xénero. Unha frase amplamente utilizada cara aos/ás trans é a de “unha persoa que vive atrapada nun corpo errado”, frase que tanto menores como persoas adultas escoitan e interiorizan unha e outra vez. Mesmo son preguntadas moi a miúdo de maneira impune polos tratamentos médicos e cirurxías ás que se sobreentende teñen que acceder para ser home/muller. De tal maneira, esta disforia de xénero que se dá por feito “padecen” todas as persoas trans, non ten en conta o impacto da transfobia, patoloxización e o rexeitamento social e familiar cara á súa corporalidade diversa, que a miúdo, son a fonte do malestar cara a elxs mesmxs e os seus propios corpos.
- A case obriga dun percorrido-itinerario único de atención á transexualidade (saúde mental-endocrinoloxía- cirurxías). Algunhas persoas trans que rexeitan este percorrido terán enormes dificultades para cambiar legalmente o nome e sexo no Rexistro Civil.

¹² Manual Diagnóstico e Estatístico dos Trastornos Mentais versión número 5.

Como se pode ver, na actualidade existe un paradigma no que existen unhas relacións de poder desde o ámbito médico e de saúde mental, onde as persoas trans e as súas familias están suxeitas ás decisións que toman outras persoas sobre as súas vidas, desposuíndoas do seu papel de axentes activxs e autodeterminadxs, que poden e deben tomar as súas propias decisións.

Por tanto, o verdadeiro reto ao que se enfrontan as persoas trans, sobre todo xs menores, é a de ser escoitadas, respectadas e entendidas como as protagonistas das súas vidas, como seres proactivos e non pasivos.

É necesario que xs profesionais da saúde mental que son tan necesarixs para acompañar e empoderar xs nenxs e adolescentes trans, deixen de pór a súa atención na disforia dx menor, e exploren e traten as consecuencias de vivir nunha sociedade transfóbica que rexeita os corpos diversos e a diferenza en xeral. Teñen que comprender que se debe apoiar e dar resposta ás demandas dxs nenxs e adolescentes trans no presente, coas súas necesidades e peticións actuais, que nin son arbitrarias nin pouco importantes, todo o contrario. Porque unha mala praxe profesional, unha mala relación coa familia que toma decisións apoiadas nestes profesionais, unha infancia ou adolescencia infeliz, son o suficientemente importantes como para apreciar o valor que ten o respecto e o recoñecemento que necesitan todas as persoas, aquí e agora. Velando en todo momento polo interese superior dx menor¹³, entendéndoos como unha persoa autónoma que sabe e debe tomar decisións sobre como poder vivir desde a súa identidade sentida.

Cando falamos de velar polo interese superior dun/unha menor trans, falamos de facilitarlle ou levar a cabo as seguintes accións:

- **Recoñecer a súa autodeterminación de xénero:** toda persoa ten dereito a expresar quen é e como vivir a súa identidade, tamén xs menores trans. Nin as familias nin xs profesionais poden impor unha identidade e unha forma de vida a un/unha menor.
- **Acompañar e respectar desde as súas casas:** facilitando pequenas accións que para elxs poden ser moi importantes como cambiar a roupa ao seu gusto, dirixirnos a elxs polos nomes que escollen, tratalxs polo xénero sentido, facilitarlles certas modificacións estéticas coas que se van a sentir máis cómodas: un corte de pelo, pór brincos, depilación etc., pero traballando a idea de que non necesitan “adornos” innecesarios para ser respectadxs e aceptadxs como as persoas que son.
- **Acompañar na escola:** solicitando a posta en marcha do protocolo educativo galego para garantir a igualdade, a non discriminación e a liberdade de identidade de xénero¹⁴.
- **Dereito á rectificación do nome e sexo rexistral:** no Rexistro Civil de referencia. Todo o mundo ten dereito a ter documentos identificativos onde apareza o seu nome e xénero sentido, o contrario obrígaxs a mostrar publicamente que son trans, invadindo así a súa intimidade e creándose situacións incómodas de auténtica violencia para o/a menor e familia.

“O verdadeiro reto ao que se enfrontan as persoas trans, sobre todo xs menores, é a de ser escoitadas, respectadas e entendidas como as protagonistas das súas vidas”.

¹³ Véxase os Art.2.2 , 2.3 e Art.11 da Lei 26/2015 de modificación do sistema de protección á infancia e adolescencia.

¹⁴ Documento realizado e impulsado desde ARELAS aprobado pola Consellería de Educación e Ordenación Universitaria en 2016 https://www.edu.xunta.gal/portal/sites/web/files/identidade_de_xenero_caderno_1.pdf

- **Facilitarlle o acceso a tratamentos médicos que demande:** Bloqueadores puberales en desenvolvemento Tanner II¹⁵ ou tratamentos hormonais feminizantes e masculinizantes na idade necesaria (normalmente en Tanner IV).
- **Non patoloxizar a súa identidade:** A transexualidade non é unha enfermidade, por tanto non deben ser diagnosticadx/ tratadx/ tuteladx por persoal de saúde mental para poder ser as persoas que realmente son. Só deberían facer uso destxs profesionais para tratar e/ou acompañar as posibles situacións de acoso, rexeitamento ou discriminación, cando a familia observe sufrimento e ansiedade ou cando xs menores trans demanden esta atención de forma voluntaria.
- **Procura de asociacións de familias de menores trans** para que poida coñecer, compartir e convivir con outras persoas trans, o que reforzará e empoderará enormemente x menor e a súa familia.

É importante resaltar que nos últimos anos, as familias percibimos unha concienciación cada vez máis crecente nxs profesionais e unha preocupación polo coñecemento e un mellor acompañamento desta realidade. Cada vez máis profesionais son capaces de entender as experiencias e vivencias destxs menores e as súas familias, á vez que sinalan que é un erro «non facer nada» ou «esperar a que crezan», xa que defenden que xs menores necesitan apoio e comprensión hoxe. Entenden da importancia de empoderar ás familias e xs seus/súas fillxs, mostrándolles non só as dificultades, senón tamén a realidade de moitas vivencias positivas que gozan moitxs menores trans, evitando así que sentan como vítimas ou como persoas ás que hai que preparar para un mundo moi hostil. Profesionais que desde a empatía, acompañan xs seus/súas usuarixs entendendo a transexualidade como unha forma máis de diversidade e non como unha desorde mental que diagnosticar e tutelar. Profesionais que de maneira coordinada traballan con asociacións, derivándonos a moitas familias para que poidan estar con outras familias coas que compartir medos, vivencias e desexos de futuro.

Neste sentido, son os poderes públicos a través dos seus profesionais, os que teñen que asegurar o acceso a unhas prácticas profesionais non discriminatorias, transpositivas, empoderadoras e que teñan por obxectivo mellorar a vida dxs menores trans. Mais son xs traballadorxs desde a súa responsabilidade e conciencia individual xs que deben escoller o modelo a seguir no tratamento dxs seus/súas usuarixs trans.

5 O eterno debate da patoloxización das identidades trans

O debate sobre a necesidade de despatoloxizar a transexualidade ten unha grande importancia dentro do activismo trans, xa que moitxs defendemos que o feito de que as persoas trans teñan que depender dun diagnóstico e dunha tutela psiquiátrica é a base para a transfobia, a discriminación e o estigma social.

A transexualidade está catalogada desde 1980 como un trastorno mental, a “disforia de xénero”, un termo psiquiátrico que describe a situación pola cal as persoas trans teñen un sufrimento debido ao sexo e ao xénero

¹⁵ A escala de Tanner é unha valoración da maduración sexual a través do desenvolvemento físico de nenxs, adolescentes e adultxs.



@apsprudente

asignados no nacemento e como se senten co seu propio corpo. O concepto de disforia de xénero foi exposto por Norman Fisk en 1973 e servía para denominar tanto a transexualidade como “outros” trastornos da identidade de xénero. Segundo o seu criterio, a persoa transexual melloraría se comezaba un tratamento médico, que culminaba necesariamente coa cirurxía xenital. A medicina por tanto, debía ter un papel chave e intervir para corrir este *erro da natureza*.

En 1980 inclúese no Manual Diagnóstico e Estatístico de Trastornos Mentais (DSM-III), co pretexto de garantir así o acceso á terapia hormonal e cirúrxica das persoas transexuais (dando por suposto que toda persoa transexual requiriría estes tratamentos). Este manual foi revisado en varias ocasións e na súa versión DSM-IV déixase de falar de transexualidade para abordalo como un “Trastorno de Identidade de Xénero”. En 2013 pasou a ser “Disforia de xénero” coa nova versión do DSM-5. Este último diagnóstico refírese a aquelas persoas con «unha marcada incongruencia entre a propia experiencia de xénero expresada e o xénero asignado». Este manual recibiu e recibe grandes críticas desde o activismo e algúns profesionais do ámbito psico-médico, xa que segue considerando a transexualidade como un trastorno, a pesar de mencionar que persegue xustamente o contrario.

Xs que vivimos, acompañamos e traballamos con persoas trans sabemos que disforia de xénero e transexualidade non son sinónimos, posto que non todas as persoas transexuais teñen disforia de xénero nin quen a ten, tena no mesmo grao. Referirse así ás persoas transexuais induce a erro e non deixa de ser unha clasificación desafortunada e estigmatizante que vulnera os Dereitos Fundamentais destas persoas. Neste sentido, a Resolución do Consello de Europa do 22 de abril de 2015, no seu punto 3, considera unha violación dos Dereitos Fundamentais, entre outros, o diagnóstico da transexualidade como enfermidade mental. O Comisario de Dereitos Humanos do Consello de Europa, Thomas Hammarberg, solicitou á OMS a despatoloxización da transexualidade, declarando que a “disforia de xénero” debe deixar de considerarse como enfermidade mental en Europa e os organismos internacionais de saúde. Engade que “manter este termo na categoría de trastorno mental, estigmatiza as persoas transexuais e restrinxen a súa liberdade á hora de escoller un eventual tratamento hormonal”.

Durante a 72ª Asemblea Mundial da Saúde recentemente celebrada, acordouse na 11ª revisión da CIE, que as identidades trans sexan retiradas do capítulo dos “Trastornos Mentais e do Comportamento” e que pase a denominarse “Incongruencia de xénero”. É necesario aclarar que o CIE-11 non entrará en vigor ata o 1 de xaneiro de 2022 e que levará de 3 a 10 anos a implantación dos cambios. Desde moitos ámbitos quixose mostrar esta noticia como a despatoloxización das identidades trans desde un discurso triunfalista, descoñecendo totalmente a loita, o discurso e a defensa de colectivos de todo o mundo que demandan ir moito máis alá que un simple cambio de nome ou capítulo no que incluírse dentro dunha clasificación de enfermidades.

Cando desde os colectivos trans se defende a despatoloxización das identidades trans, perséguese non só a desaparición da transexualidade dos manuais e clasificacións internacionais de enfermidades, senón tamén o acceso a dereitos humanos sen barreiras legais e, en particular, no acceso universal á atención de saúde sen diagnósticos nin tutela desde saúde mental. As persoas trans, incluídas as menores, os tratamentos médicos que poidan requirir deben ser recoñecidos como suxeitos activos, con capacidade para decidir por si mismxs. Trátase por tanto, de tomar a palabra para falar das súas propias vidas e de como queren vivirse, algo que ata agora fixeran exclusivamente médicxs e profesionais da saúde mental. Desde ARELAS rexeitamos os discursos médicos que requiren a obriga de transformacións corporais, test psicolóxicos e de vida real, canons cisxistas e binarios de xénero, longos períodos de espera para ser atendidxs, dúbidosos trámites administrativos baseados en protocolos inexistentes, a exclusión, a estigmatización e a segregación.

Porque con independencia de calquera clasificación que asevere o contrario, a identidade de xénero dunha persoa non implica, en si mesma, trastornos da saúde e non deben ser sometidas a tratamento ou atención médica e/ou psicolóxica de forma obrigada. Desde o empoderamento e o propio discurso do colectivo trans e as súas familias, trasladamos aos poderes públicos que as regulacións e requirimentos patoloxizadores e reduccionistas das persoas trans teñen que considerarse contrarias a Dereito, e que esiximos ser protagonistas na formulación de políticas e disposicións xurídicas que non patoloxicen a diversidade dos corpos e as identidades, e que, por tanto, sexan recoñecidas as múltiples identidades sexo-xenéricas e persoas que habitan ao abrigo do termo trans, facendo realidade medidas contra a transfobia e a discriminación.

Por suposto, cando falamos de despatoloxización, tamén pedimos que desaparezan as antigas “Unidades de Trastornos de Xénero”, agora chamadas “Unidades de referencia”, que lonxe de realizar un labor de asesoramento experto e transpositivo, formación, investigación, estatística, elaboración de guías de boas prácticas e de realización de cirurxías especializadas, realizan un labor de concentración de pacientes para o diagnóstico e a tutela das súas identidades trans, incumprindo o principio de non discriminación e non segregación, ao que aparece vencellado o principio de proximidade na atención sanitaria do artigo 14 da Constitución. Estes principios implican que as persoas transexuais non poden quedar excluídas do dereito á libre elección de médicx especialista que se recoñece a todxs xs usuarixs do Sistema Sanitario Público. En consecuencia, a posible existencia de “Unidades de referencia” debe entenderse como unha unidade cuxxs profesionais serán de uso facultativo e non obrigada, en tanto que o contrario suporía excluír ás persoas trans do dereito á atención de médicx especialista máis próxima.

En definitiva, o discurso e a loita pola despatoloxización trans é un cambio de paradigma no que a transexualidade non sexa unha patoloxía nin tampouco un

problema, senón que sexa entendida como un conxunto de traxectorias vitais posibles e heteroxéneas. Trátase de pasar dun modelo biomédico a un modelo de dereitos humanos¹⁶, en que xs profesionais da saúde mental acompañen e asesoren, e, non prescriban as formas de entender e vivir a transexualidade.

6 Conclusións

Desde ARELAS defendemos un modelo de boas prácticas na atención á transexualidade infanto-xuvenil baseado en:

- Crer na autonomía dx menor trans como suxeito de dereito que sabe, pode e debe tomar decisións e expresarse libremente (mesmo moito antes dos 16 anos).
- A desproblematización das identidades trans.
- Asesoramento e información veraz, non estereotipada e libre de prexuízos.
- Principio de non discriminación e non segregación, ao que aparece vinculado o principio de proximidade na atención sanitaria.
- Disforia de xénero e transexualidade non son o mesmo.
- Despatoloxización das identidades trans.
- Non establecer itinerarios únicos e adecuados de atención.
- Acompañamento transpositivo e empoderador.

É necesario que tanto as familias como xs profesionais da saúde mental mostren a nenxs e adolescentes trans, referentes diversxs e positivxs nxs que poidan verse reflectidxs, que visibilicen as múltiples formas de ser e vivirse como homes, mulleres ou persoas non binarias. Mostrarlles realidades e vivencias positivas e de aceptación de persoas trans, para que non se consideren un erro da natureza, ou como vítimas atrapadas en corpos errados.

As persoas adultas temos a responsabilidade de xerar un cambio social que permita a cada nenx e adolescente ser diferente desde a alegría e o orgullo, fóra dos modelos dominantes de normalidade, capacidade, beleza, masculinidade e feminidade que constrinxen e afogan a maioría dxs menores trans.

Liberémolxs de patróns ríxidos de como teñen que ser e presentarse ao mundo para poder exercer o seu dereito a SER. Acheguémolles a transexualidade infanto-xuvenil como un feito extraordinario, unha realidade que rompe co establecido, pero que enriquece enormemente a humanidade facéndoa moito máis interesante e diversa. Porque a verdadeira liberdade de ser, a autodeterminación dxs menores trans, só será posíbel se reciben o respecto e o acompañamento suficiente para empoderarse e levantar a mirada sen medo, orgullosos de ser como son. Unámonos a esta pequena revolución do xénero e non permitamos unha soa infancia e adolescencia máis, perdida no camiño da esperanza, non só porque nos necesitan, senón porque seremos un pouco máis felices ao formar parte dunha sociedade máis xusta, máis igualitaria, máis libre.

Benvidxs á Revolución Trans.

¹⁶ Desde ARELAS apostamos por un modelo como o que realiza o equipo catalán Trànsit, baseado en un modelo biopsico-social con visión inclusiva da saúde. Máis información: <https://transformalasalut.wordpress.com/>

Glorario de termos

Andróxino: persoas que teñen características ou expresións de xénero moi ambiguas e polas que a primeira ollada non se sabe se é muller ou home.

Cisexual: persoa que si se identifica e sente como propio o sexo e xénero asignado no momento de nacer (en ocasións utilízase a abreviatura cis).

Xénero fluído: enténdese que unha persoa é de xénero fluído cando non se identifica cunha soa identidade de xénero, senón que circula entre varias.

Persoas non binarias: tamén coñecidas como genderqueer, referímonos a persoas cuxas identidades de xénero non encaixan nos espectros dos xéneros binarios (masculino e feminino) e que están fóra da cisnormatividade, podendo manifestarse como un abanico de xéneros afastados dos xéneros binarios.

Queer: identidade sexual ou de xénero que non corresponde ás ideas establecidas e binarias de sexualidade e xénero heterocisnormativas.

DÓ XESTACIONAL E PERINATAL, UNHA REALIDADE SILENCIADA

Eirene García Caro

PSICÓLOGA, PRÁCTICA PRIVADA. PRESIDENTA
DA ASOCIACIÓN MATRIOSKAS DE APOIO AO
DÓ XESTACIONAL E PERINATAL

✉ eirenegarciacar@gmail.com

RESUMO: Por desgraza, perder un fillo/a durante a xestación, pouco antes ou despois de nacer é unha realidade que ocorre en España a unha media de case cinco familias por día. Iso significa que máis de 2.000 familias ao ano perden un ou varios dos seus membros por esta causa co agravante de que no proceso de dó xestacional ou perinatal que se inicia, os factores psicolóxicos e feitos que o poden agravar ou facilitar son unha cuestión descoñecida pola maior parte de profesionais que atenden estes casos. Os pais e nais que se atopan coas palabras “estas tendo un aborto”, “non hai latexo”, “o teu fillo/a ten unha síndrome que é incompatible coa vida” poden non estar capacitados neses momentos para reaccionar, e somos os profesionais que os atendemos nese primeiro momento quen debemos ser a súa guía e apoio. Neste artigo fago un percorrido por todas estas cuestións, para axudar os profesionais, da psicoloxía e doutros ámbitos, a entender o que supón a perda xestacional e perinatal para as familias.

PALABRAS CLAVE: dó, psicoloxía, perinatal, agradecido, recordo.

ABSTRACT: Unfortunately, losing a child during pregnancy, shortly before or after birth, is a reality that occurs in Spain to an average of almost five families per day. This means that more than 2,000 families a year lose one or more of their members to this cause with the aggravating that the process of gestational or perinatal grief that begins, the psychological factors and facts that can aggravate or facilitate it are a matter of disadvantage by most professionals who attend these cases. Parents who encounter the words “you’re having an abortion,” “there’s non heartbeat,” “your child has a syndrome that’s incompatible with life” may not be able to react at the estafe, and we are the professionals who care for them in that who should be your guide and support first. In this article I walk through all these issues, to help professionals, psychology and other fields, understand what gestational and perinatal loss means for families.

KEY WORDS: grief, psychology, perinatal, grateful, remembrance.

SUMARIO:

- 1 Introducción.
- 2 Perda perinatal e dó.
- 3 Nais, pais e irmáns en dó. Testemuños.
- 4 Importancia da atención multidisciplinar en caso de dó perinatal.
- 5 Abordaxe psicoterapéutica: o camiño do dó perinatal desde a teoría e a experiencia.

PROCESO

Doe. Doe. Doe. Dó.
Enfado. Tempo. Acepto. Sando. Voo.
Irene G Punto

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Fernández-Alcántara, M.; Cruz-Quintana, F.; Pérez-Marfil, N.; e Robles-Ortega, H. Factores psicológicos implicados en el Duelo Perinatal. *Index Enferm* [online]. 2012, vol.21, nº.1-2, pp.48-52.

García Montes, J.M. (2019). Aplicación de ACT y Mindfulness a problemas perinatales. Curso Intervención psicológica perinatal desde una perspectiva contextual: embarazo, parto y posparto. Centro de Formación Continua. Universidad de Almería.

Jiménez Villalba, S. (2017). Propuesta para la Revisión y Redacción de un Nuevo Protocolo de Actuación ante la Muerte Gestacional y Neonatal en el Hospital Materno Infantil de Jerez de la Frontera.

López García de Madinabeitia, A. (2010). Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2011; 31 (109), 53-70.

Odrizola, C. (1999). *Trabajando el duelo. Modelo práctico en 4 sesiones. Aplicación familiar y/o individual*. Asociación Española de Terapia Gestalt.

Payàs Pigarnau, A. (2011). *Las tareas del duelo. Psicoterapia desde un modelo integrativo relacional*. Paidós. Barcelona.

Payàs Pigarnau, A. (2014). *El mensaje de las lágrimas: Una guía para superar a muerte de un ser querido*. Paidós Divulgación. Barcelona.

REFERENCIAS WEB:

<https://www.facebook.com/Matrioskas>: Asociación de apoyo al duelo gestacional y perinatal

<https://www.umamanita.es>

1 | Introducción

A nosa sociedade vive de costas á realidade da morte, da finitude. A morte en xeral, e a morte perinatal en particular, constitúen unha realidade silenciada.

Habitualmente, aos bebés que morren durante a xestación denomínaselles non nados, aínda que a realidade é que todos estes bebés nacen, independentemente da idade xestacional xa que hai contraccións uterinas e expulsivo. O único que diferencia un bebé que nace san do que non é a maneira na que vén ao mundo: uns fano con e outros sen a posibilidade de continuar con vida.

Isto fai que a sociedade non os teña en conta, que non se rexistren nin se consideren membros da sociedade e por tanto das súas familias. Este feito evidencia unha realidade moi dura e é que, se non se rexistran nin figuran en ningures, se non existen para a sociedade, tampouco o deben facer para os seus proxenitores. Pero a realidade é ben distinta. Os seus proxenitores desexárono, imaxinaron e compartiron todo o tempo de vida intrauterina ou extrauterina con el ou ela e é unha perda real e sentida, tan dolorosa e lícita como cando alguén perde un fillo ou filla que naceu con vida.

Na nosa sociedade, o feito de converterse en pais e nais é unha cuestión que foi evolucionando conforme o fixo a sociedade e os avances tecnolóxicos no campo da medicina, especificamente no da Xinecoloxía e Obstetricia (López García de Madinabeitia, 2010). A nosa cultura sobre a maternidade, a paternidade e todas as cuestións referidas ao período perinatal en sentido amplo cambiaron e con iso o feito de como vive unha parella ou familia a perda do/a seu/súa/s bebé/s en calquera momento do embarazo.

Antigamente, o feito de que unha muller quedase embarazada non se sabía normalmente ata a segunda falta, perder un embarazo era considerado como algo “normal” e ata algunhas ocasións recibíase como unha liberación. Hoxe en día, cando unha muller queda embarazada pode sabelo mesmo antes da primeira falta, os embarazos desexados planifícanse, co cal é no desexo de converterse en pais e nais onde comeza ese vínculo co futuro bebé; o feito de poder ver o bebé e escoitar o seu corazón na ecografía fan que o vínculo de amor entre proxenitores e bebé iníciase antes de que tan sequera poida apreciarse visualmente que a muller alberga no seu ventre unha vida.

Para que se inicie un proceso de dó, a persoa debe percibir que perdeu algo ou alguén. Cando ocorre unha perda xestacional ou perinatal a sociedade tómao como algo “natural” ou de menor importancia, e os pais e nais vivimos un dó silenciado, non permitido.

Como pode ser para nosoutros “normal” perder o noso bebé querido e imaxinado? Como “non vai pasar nada” cando o vínculo cos nosos fillos se dá mesmo antes de que quedemos embarazados, desde que o temos no noso pensamento?



Foto cedida pola autora

2 Perda perinatal e dó

“O dó é tan natural como chorar cando te mancas; durmir cando estás canso; comer cando tes fame; espirrar cando pícache o nariz. É a maneira en que a natureza sanda un corazón roto”... “Non permita que ninguén lle quite o seu dó. Vostede ten dereito a sentilo e debe experimentalo. Se rompese unha perna, ninguén o criticaría por usar muletas ata que sandase. Se pasase por unha operación sería, ninguén o presionaría a participar nunha maratón á semana seguinte. O dó é unha ferida profunda. Non sanda da noite para a mañá. Debe esperar o tempo necesario e andar con muletas ata quedar san”.

Doug Manning. «No me quites mi duelo»

O dó é unha manifestación natural, non patolóxica, que ocorre en resposta a un acontecemento que tamén é natural, como a perda. Recordo que a miña avoa define a vida como “un dó constante”. Durante toda a nosa vida pasamos por diferentes tipos de perdas: evolutivas, materiais, afectivas, corporais, espirituais, socioculturais e laborais. Dentro desa manifestación entran a tristeza profunda, a desgana, o atordamento, o insomnio, o medo, a saudade, a pouca capacidade para concentrarse nas cousas, soñar coa persoa que perdemos, o illamento e un longo etcétera de reaccións emocionais, físicas, mentais e condutuais (Payàs, 2014).

En canto ao dó en xeral, escribiuse e investigouse moito acerca deste tema. As antigas teorías falaban do dó como proceso onde a persoa pasaba por unha serie de fases ben definidas: negación, ira, pacto, depresión e aceptación (Elisabeth Kübler-Ross). As novas teorías postulan que, en realidade, o que ocorre é que estas fases se superpoñen. É dicir, un día pódeste levantar chea de tristeza profunda, depresiva e deitarte en aceptación sentindo unha inmensa paz ou viceversa. O que quero dicir con isto é que hoxe día se entende que o dó é un proceso único, que cada persoa vive de maneira diferente. Sitúase a persoa como un axente activo do mesmo, xa que o dó é algo que a persoa ten que facer, non algo que lle pase (Neymeyer, 2000).

Centrándome no tema que nos ocupa, imos entender a perda perinatal como un concepto amplo. Considerado así, López García de Madinabeitia (2010) fala de que nel entran o embarazo ectópico, o aborto espontáneo ou inducido, a redución selectiva (en caso de embarazo múltiple eliminar un ou varios bebés para que o embarazo poida desenvolverse con éxito) a morte dun xemelgo en xestación, o feto morto intraútero ou intraparto, a morte do prematuro ou do neonato, e tamén os bebés nados con anomalías conxénitas e os fillos cedidos en adopción.

Neste artigo ímonos a centrar só nos casos de perdas onde este concepto se traduce en morte do bebé sexa a semana de xestación que sexa.

3 Nais, pais e irmáns en dó. Testemuños

Ser nai ou pai é unha cuestión que se inicia cun desexo. O desexo de dar vida. Para algúns de nós forma parte do sentido da nosa vida, para outros é o sentido da súa vida. Na nosa sociedade considérase que unha persoa é pai ou nai cando dá a luz un fillo con vida. Para as persoas ás que as circunstancias non llo puideron permitir polas diversas cuestións anteriormente expostas, non é así. Senten e padecen como pais e nais, pero teñen os brazos baleiros.

Antigos estudos sobre o tempo de xestación en que ocorría a perda e a duración e grao de complicación do dó concluían que canto antes se producía a perda menor tempo de dó e menor complicación do mesmo, pero estudos recentes ofrecen resultados distintos. Parece que existen outras variables que inflúen niso como a intensidade do vínculo respecto ao bebé, os soños e ilusións que crearon os pais e nais, os procesos de anticipación respecto da perda ou a historia de reaccións ante unha perda anterior (Fernández-Alcántara et al., 2012).

En canto ao xénero, parece ser que a dor é tan profunda tanto en pais como en nais, xa que como mencionamos antes, o vínculo afectivo empeza a estreitarse coa primeira ecografía e escoita do son do corazón do bebé. É común que os homes sexan quen “tiren do carro ao principio”, o que pode converterse en algo positivo porque dá sentido ao seu dó, ou pode ser fonte de conflito xa que o estereotipo de home que ten a sociedade fronte a estas situacións está asociado á fortaleza. Ademais, adóitase negar a súa dor, xa que se cre que a nai leva la peor parte e que el debe estar e ser o apoio. Poden ter falta de apoio emocional e, doutra banda, adoitan centrarse no traballo como vía de escape ao contacto coa realidade da perda (Fernández-Alcántara et al., 2012).

Respecto aos irmáns e irmás maiores destacar que poden aparecer sentimentos confrontados, xa que pasar pola perda dun fillo pode provocar que os pais os desatendan ou que estes fagan comentarios e preguntas que aos pais e nais poden resultarlles dolorosas ou difíciles de responder (Fernández-Alcántara et al., 2012).

A cuestión da cantidade de dor que debe producir a perda dun bebé é algo que nunca cuestionei, tanto en consulta como cando a algún amigo ou coñecido lle ocorreu e mo compartiu. Lémbrome embarazada da miña filla, cando dúas familias amigas, ás que aprecio, perderon os seus bebés, unha na semana 12 e outra que perdera dous bebés na semana 8. Ambas as dúas estaban esnaquizadas. Sentíanse incomprendidas porque ninguén llexitimaba a súa dor. A normalidade da perda no primeiro trimestre de xestación negáballes o dereito a sentir dor porque era algo “normal”. Pero para eles non era algo normal porque era a primeira ou segunda vez que xestaban e o perdían. E en canto á dor, preguntome: quen pode decidir ou cuantificar a magnitude da dor se non é a persoa que o está vivindo?

A dor producida pola perda non é directamente proporcional ao número de semanas de xestación en que esta perda se produce. Lexitimar a súa dor é algo que debemos ter moi presente á hora de atender a pais e nais que pasaron por iso.

Un dos obxectivos que me propoño escribindo este artigo é visibilizar diferentes realidades en canto á perda perinatal, visibilizar as familias que, por desgraza, pasamos por iso. A continuación, preséntovos diferentes testemuños reais sobre a perda e o dó en diferentes momentos do embarazo incluíndo o meu para que, desde a realidade da vivencia, poidades entender o sentido da abordaxe terapéutica e a importancia e o peso das accións dos profesionais que atendemos a estas familias, no proceso e no tempo de dó que vén despois.

Morte perinatal no primeiro trimestre: “bebé”

“O meu primeiro embarazo terminou en aborto espontáneo aos dous meses de xestación. Nunca imaxinei que a morte dun bebé ao que non chegas a coñecer doese tanto, xa que antes non empatizaba con este tema. Foi moi duro ver como no hospital me fixeron sentir abandonada sen ter en conta que “aquilo” que o meu corpo expulsou non era un feto, senón o bebé que esperabamos ver nacer. Foron moitas horas sen ningunha explicación nin atención médica. Volvín a casa con moita rabia polo trato recibido e coa alma rota polo baleiro que agora xestaba no meu interior.

Unha noite, antes de que todo ocorrese, soñei co meu bebé; respiraba con dificultade, a través dunha bolsiña que se enchía e baleiraba de aire, cada vez de forma máis débil, ata que o soño terminou. O seu rostro estaba sereno, non parecía sufrir e iso tranquilizoume moito. Con todo, ao espertar souben que nunca o abrazaría. Levanteime para ir ao baño e vin que manchara. Pouco despois os meus temores cumpríronse. Un día, o meu marido confesoume que tamén viu morrer en soños o noso bebé, pero calou para non preocuparme. Aínda que a tristeza máis profunda estivo presente durante meses, aquel soño foi moi importante para transitar o dó.

Sentíame mal porque o meu embarazo se interrompeu, pero á vez, alegrábame infinitamente pola mensaxe que o meu fillo me fixo chegar en soños e por outro suceso máis acontecido no hospital: o meu bebé confirmoume que “vida” é un termo tan amplo como “consciencia”. Vivín esa etapa coa tranquilidade de que o meu pequeno estaba ben, aínda que non fose ao meu lado e co asombro da súa capacidade para comunicarse con nosco. Iso fíxome avanzar sen traumas. Non deixaba de pensar que, se moitas mulleres e familias cuxos bebés falecen tivesen a posibilidade de conectar tan profundamente con esas pequenas almas, terían unha potente ferramenta para lidar coa dor e poder avanzar. Porque á dor pola perda, engádese a ignorancia da sociedade. Os demais, nin coñeceron o bebé, nin o sentiron dentro e por tanto, para eles, non existe. Pero afortunadamente, as cousas xa están a cambiar e cada vez hai máis hospitais implementado protocolos de atención, profesionais da psicoloxía especializándose en dó xestacional e perinatal, así como asociacións e mulleres que coñecen este dó e brindan a súa axuda a quen a necesitan.”

Mónica Rebollo. Lluvia de love.

“A dor producida pola perda non é directamente proporcional ao número de semanas de xestación en que esta perda se produce”.

Morte perinatal no segundo trimestre: “incompatibilidade coa vida”

Maternar a morte: “María”

“Tiña 37 anos cando quedei embarazada por primeira vez. Emocionoume moi especialmente ouvir os latexos do diminuto corazón que o ecógrafo sinalaba na pantalla, tanto que se me saltaron as bágoas. Todo ía ben. Como calquera outra primeiriza tiña moitas ganas de saber se era neno ou nena e empezar cos preparativos, decorar xa a súa habitación.

Nunha segunda ecografía infórmanme que é nena, pero... desenvolveu (en apenas dúas semanas) un teratoma sacrococcígeo, un tumor de pronóstico grave. En estado de shock consigo decatarme de que vai a cousa: se a nena sae adiante, terían que operala de inmediato, quedarían secuelas importantes e a súa vida suporta grandes dificultades. Tamén me avisan de que, nestes casos, o aborto está permitido. Esa última frase impáctame de tal maneira que desencadea unha serie de preguntas de moi difícil resolución: que sentido ten a vida?, para que vivimos ao mundo? Non atopo máis que unha resposta: quero a miña filla, quero evitarlle toda dor e quero que sexa feliz.

Aínda tombada na padiola, sinto a man do meu marido acariñarme mentres a voz do médico se afasta ata facerse inaudible. Invádeme entón unha gran seguridade, podemos! Non imos negar á nosa filla a oportunidade de ser feliz, de ser amada. Dímoslle ao médico que seguimos adiante.

Con todo, esa mesma noite, deixei de dicirlle cousiñas mentres me acariñaba a barriga como adoitaba facer. Tiña medo de encariñarme máis da conta e sufrir demasiado. Á mañá seguinte deime conta que tentaba fuxir e que, non só era inútil, senón que me facía desgraciada. A miña filla María merecía unha mamá que o dese todo por ela. O resto de noites elixo darlle a súa dose de tenrura habitual. Todas as semanas viamos, impotentes, o tumor crecer mentres o corazónciño de María empezaba a debilitarse. O médico respectaba a miña decisión de seguir adiante, tan só me advertíame de que o límite estaba na miña propia saúde. De ser así, díxome teríamos que falar.

Non fixo falta. Á semana 21 + 5 chégame o parto. Pedínlle á matrona que tivese suficientes calmantes preparados por se, ao nacer, María agonizase. Non quero que sufra o máis mínimo. No labor de parto, sinto unha necesidade imperiosa de berrar, pero unha vez máis me dou conta que podo elixir, e pregunteille á matrona se podía cantar, ela creu que son cantante o que me fixo rir xa que o fago fatal.

Ao tela en brazos, xa falecida, sentín moita paz, mirei o meu marido e pensei, cumprimos como pais, acompañamos a nosa filla durante toda a súa vida, dándolle todo o noso agarimo. Creo que tivo unha vida plena dentro de min. Grazas,

María por facerme mamá, por ensancharme o corazón, por ensinarme tanto en tan pouco tempo. Un ano despois son consciente de que cada unha das decisións tomadas me axudou a asimilar o irremediable, non vería a miña filla crecer, non a axudaría a dar os seus primeiros pasiños. Repetiría sen dubidalo. Sempre serás a miña nena bonita. Mamá quéreche.”

Elena Mateo. Coach de dó xestacional e perinatal.

Interrupción legal do embarazo: “Noa”

“Primeiro embarazo, inocencia pura. Noa, unha nena soñada. Desde a semana 12 detéctanse problemas que se van seguindo mediante probas no hospital e vanse descartando enfermidades polo que, tras tanta incerteza e sufrimento, empezamos a confiar en que Noa vén sa. Ata que, na semana 20, nunha ecografía detectan que ten unha enfermidade moi rara baseada nunha malformación no seu cerebro. O médico fainos un debuxo de como é o seu cerebro e de todo o que non se formou nel e, acto seguido, dínos que temos unha semana para poder interromper o embarazo legalmente. Indícanos que non busquemos información en internet e que nos citan nunha semana para saber a nosa decisión. A pesar de que tentaba ser cariñoso e, de feito, noutras ocasións posteriores si o foi, nese momento apenas achega máis información nin orientación. Cando conseguimos reaccionar, preguntámoslle que como sería a súa vida, que canto viviría e, polas súas leves respostas ou máis ben pola ausencia delas, entendemos que sería unha vida totalmente vexetativa e de hospital, sen falar, sen mirar, sen respirar... con intervencións constantes que reducirían a súa esperanza de vida.

Ante tal confusión, consultamos un amigo neurólogo e explícanos que o rango de severidade da enfermidade é o máis extremo. O meu irmán dedicouse a investigar por nós en internet e explicounos, máis ou menos, o tipo de vida que tería Noa. Ao noso redor case todo o mundo nos suxería, con moita prudencia, que interrompésemos o embarazo, que iso non era vida nin para ela nin para nós. E nós estivemos unha semana chorando a mares, sentíndonos no máis terrible dos pesadelos e delirando ás veces polo estado de shock. Unha frase do meu compañeiro e pai de Noa pareceu darme algo máis de luz: “Non podería vivir mirándoa sen poder saber se sentiría agradecida por permitirlle vivir ou chea de sufrimento e implorándonos (sen poder expresalo sequera) que por que lle fixemos iso”. Así que, co que consideramos o maior acto de amor que podíamos darlle e coa pouca conciencia que podíamos ter nese estado, decidimos deixala ir.

Derivámonos a unha clínica privada para interromper o embarazo, cos seus manifestantes antiabortistas na porta que che miraban como botádoche aos cans. Eu calaba e pensaba: “Oxalá non tivese que estar a facer isto”. Antes de ingresar, pido que doen á ciencia o corpiño de Noa para que investiguen, xa que se trata

dunha enfermidade tan estraña, pero non me fan asinar nada e indican que xa falaríamos diso. Vivimos un parto de 30 horas de dor no que eu só respiraba tentando aguantar as contraccións, a frialdade do persoal (ninguén preguntaba por Noa, nin por min, ningunha quería nomear nada, só medicalizar o proceso e que acabase canto antes) e, o máis terrible, ir soa ao quirófano, onde me sentía como unha vaca que ía ao matadoiro, abríame de pernas, silencio por todos lados e outra vez á cama a seguir esperando porque non se abría o colo do útero. Tiña a vaxina dorida despois de tantas exploracións bruscas. Tras aguantar así horas e horas, pedín ao xinecólogo que puxese un pouco de xel na luva para explorarme e, cando finalmente fíxoo, vin o ceo aberto. Ata que, finalmente, en quirófano, sen previo aviso, sen ningunha palabra nin xesto, sentín un tirón dentro de min como dunha corda que fai tope e, posteriormente, algo saír entre as miñas pernas. Foi a sensación máis terrible da miña vida e sinto que aínda hoxe, 5 anos despois, permanece na memoria do meu corpo. Dar a luz á miña filla en absoluta escuridade, soa, sen afecto, sen respecto, sen darlle presenza nin a ela nin a min. De súpeto alguén di “vamos a durmila” e o último que recordo é o médico sacándome do quirófano andando e explicándome que se me desgarrara o útero de forma moi estraña, que el nunca vira algo así, que me coseu como puidera pero que tiña que ir ao hospital. Pedinlle que explicase todo á miña familia porque, evidentemente, eu estaba cos efectos da anestesia e non me decatara de nada, de feito, apenas podía camiñar. O único que lle preguntei é polo seu corpo e volvíns insistirle en que o doase á ciencia, que servise para algo. Obtiven un silencio por resposta e, desde logo, non me ofreceu vela nin conservar nada dela. Tras chegar á habitación, insisto, “camiñando”, só quería descansar, pero todo o mundo estaba moi acelerado. Aí decateime de que a ruptura estaba moi preto da arteria xunto ao ano, e que a miña vida corría serio perigo. Mandan unha ambulancia na que, sentada nun asento, cambaleándome bruscamente dun lado a outro, temendo pola miña vida, me levan ao hospital.

Chegamos ao hospital e, tras un intre de espera, ponme na planta onde as familias permanecen xunto aos seus bebés recentemente nados (escóitaselles chorar no silencio da noite). Unha enfermeira entra na habitación durante esa noite e preguntame que como está a miña filla, pensando, evidentemente, que estaba viva xa que, claramente, non mirara a miña historia. Non souben que responder. O meu raciocinio non podía crer que eu estivese a pasar por semellante pesadelo e situáronme nesa habitación e unha enfermeira preguntoume pola miña filla co sorriso que xorde cando fálase dos bebés vivos. Cando cheguei á casa, sentín fortemente a ferida dos brazos baleiros e o corazón ardendo de dor. Entón souben que nunca volvería ser a mesma.

A experiencia na clínica foi algo que me traumatizou sempre, aínda hoxe pónense os pelos de punta ao lembrala. Afectou a miña sexualidade, a non concederme o dereito ao pracer, a sentirme culpable por tantas cousas, a encher o meu útero de escuridade. Aquel xinecólogo salvoume a vida e tamén ma encheu de memorias dolorosas, por tanta frialdade, por non mostrar ningún tipo de empatía, por facerme mastigar o tabú da situación, por non recoñecer a miña filla, por non falar dela en 30 horas, por non ofrecerme vela nin tocala nin conservar nada dela. Respirar todo iso, unido a tanto medo, provocou que ata eu mesma entrase nese rexeitamento, algo que logo provocou moita culpa, do mesmo xeito que a decisión de interromper un embarazo soñado, sen apenas información, sen respostas, sen orientación, en estado de shock. O trato do persoal, tanto na clínica como no hospital, tan deshumanizado, tan silencioso, provocoume unha das feridas máis grandes, a soidade, a falta de abrazo cando te sentes fráxil e vulnerable e levoume a botarme a coiraza para sobrevivir no meu silencio, sen pedir axuda. Porque nesta experiencia, na perda da miña filla Noa, todo foi soidade e silencio. Ata que elixín un camiño de luz e transformación, no que xa me habito.”

Maribel Rodríguez. Psicóloga.



Foto cedida pola autora

Morte perinatal no terceiro trimestre: “Inés”

“O día 15 de outubro de 2018, día da morte perinatal e xestacional, convertínome nunha desoutras ás que lle pasan as cousas. Ás 18:00 horas decateime de que o corazón da miña filla Inés, á que quedaban só 10 días para nacer, deixara de latexar.

A última vez que sentín a Inés foi de madrugada. Levanteime pola mañá e non se movía. Pensei: «estaré durmida. Agora cando almorce seguro que se activa. Ademais, ten moi pouco espazo». Almorcei, pero Inés non se moveu, algo en min díciame que non ía ben. Pero non quixen facerme caso. Volvíñ almorzar, pero tampouco se moveu. Díxenlle ao meu marido que me levase ao médico, porque sentía que algo non ía ben.

Fixéronme pasar. Puxéronme o doppler, pero a matrona non atopou latexo. Díxome que ía chamar a xinecóloga para que me fixese unha eco, que os aparellos ás veces non captan o latexo pola posición do bebé. A xinecóloga veu acompañada de dous médicos, levoume á eco e empezaron a chegar máis sanitarios. Todos miraban a imaxe do ecógrafo con cara de circunstancias. Recordo unha moza á que lle saltaron as bágoas. Foi entón cando o souben e preguntei -Que non, non?- e o médico fíxome un xesto coa cabeza e díxome: «Non. Non hai latexo».

Nese momento peguei un salto da padiola e os médicos non facían máis que dicirme que estivese tranquila (recoméndovos lembrar non dicirle a ninguén nunca iso de “tranquila”, cando ocorre unha situación que é para non estalo). Recordo que só díciá: «non me pode estar a pasar isto a min hoxe. Non pode ser». Chamei a miña familia para organizarnos co meu fillo e que viñese o meu marido ao hospital. Despois, só podía pensar na información da Guía de Umamanita que lera pola mañá e unha historia viral sobre unha balea asasina á que lle morrera unha cría e a levará no lombo durante tres semanas. Repetíame unha e outra vez que tiña que afrontar a situación, aínda que pensase que ía tolear.

Elixín o parto natural. Quería afrontar a morte como o fan os animais. Grazas á vida, apareceu tamén Aroa, unha matrona que me acompañou e que está formada en dó. Sentín que falaba o meu idioma, que me entendía e en todo momento deume opción do que facer e recomendoume o que era mellor para min e para o dó. Non vos nego que mentres dilataba e paría a miña mente non paraba de dicir «seguro que ocorre un milagre e cando salga, póñanla encima e escoite o teu corazón, espertarase». Non pasou. Dar a luz a túa filla morta é un paradoxo da vida, pero é unha realidade que existe e ocorre e debemos estar preparadas para iso as familias e os profesionais que nos atenden.

O parto foi unha experiencia para min preciosa, pero sen a recompensa da vida. Ás 13:30 puxéronme encima, estaba quentiña. Aroa ofreceume tomarlle pegadas de mans e pés e que, se quería estar un intre con ela para despedirme, despedirnos. Ás 15:15 do día 16 de outubro estaba fría. Chamei a matrona e levouna para sempre.

Pedín que, por favor, non me puxesen nunha habitación con bebés e tentárono, pero como estaban de obras, en xinecología había dúas habitacións con bebés e puxéronme xusto en fronte. Lembro unha noite moi dura espertándome cos prantos. Sumíame nas bágoas, a rabia e o enfado. Cansa e abatida decidín aceptar que esa era a miña realidade e que, fóra, había outras realidades que afrontar. Afrontar a morte da miña filla desde o primeiro momento axudoume moito no meu proceso de dó.

Para min, o feito de sentirme comprendida, respectada, acollida e aceptada na miña dor, e a pesar del, está a axudarme moitísimo. Que empaticen comigo e me digan «é horrible, pero a dor mitígase co tempo», «non sei que dicirche, só que o sinto moitísimo», «como te sentes, como estas, aquí estou». Tamén o está facendo a miña profesión e sobre todo o altruísmo, que como di Boris Cyrulnik «é un mecanismo de lexítima defensa para combater a dor».

Eirene García. Psicóloga.

Morte neonatal: “Sophie”

“Todo comezou o pasado 27 de decembro coa perda da miña filla Sophie. Ela naceu o 23 de decembro, cunha encefalopatía hipóxica isquémica. Desgraciadamente non había ningunha esperanza. Puidemos estar con ela 5 días, os mellores e os peores das nosas vidas, pois sabíamos que todos os nosos soños, ilusións, unha vida xuntos e o mellor que creáramos marcharía inxustamente.

Ela ensinounos moitas cousas, a apreciar a vida, a ser mellores persoas e a ser máis xenerosos. Antes de irse foi moi valente e doou o seu corazón a outro bebé que o necesitaba.

O camiño do dó é longo e doloroso. Desde o principio aceptei a morte da miña filla, sei que é unha realidade e non vai volver. Pero moitas veces sentín a ira e a negación e, si, caín e toquei fondo, pero unha e outra vez tento levantarme e ao final consígoo con axuda, porque neste camiño ti elixes e podes elixir non estar só.

Sentir preto o meu marido, familia e amigos, poder falar con eles con naturalidade cantas veces sexa necesario, é moi importante, porque a min, falalo axúdame. Son afortunada de ter a persoas nas que apoiarme. Desde aquí doulles as grazas outra vez. Por estar sempre ao noso lado. Pero dicirvos que tamén acariñei a outra cara, amigos que se afastaron, persoas das que esperabas un síntoo, con iso bastaba, non estiveron aí. E dáme pena.

Eu sei que é difícil saber que dicir a alguén que pasou polo peor que lle pode pasar a alguén como é perder un fillo. Só dicir que non hai palabras que curen unha alma rota, pero que cun síntoo, un abrazo ou simplemente acompañar e escoitar, con iso, é suficiente.

Grazas á miña filla apareceron na miña vida persoas maravillosas, nais como eu, que perderon os seus fillos, e das que estou a aprender moitísimo. En especial unha delas, que cando lea isto saberá quen é, ela ensiname a transformar a dor en amor. O amor que a miña filla Sophie deixou en nós. Grazas, compañeira e agora amiga, por aparecer na miña vida cando máis o necesitaba.

Para ti, meu amor, papá e mamá quérente para sempre. Es o mellor das nosas vidas, pequena Sophie.”

Marta Masedo. Enfermeira.

4 Importancia da atención multidisciplinar en caso de dó perinatal

Os estudos realizados en relación á atención en caso de morte perinatal indican que a abordaxe da situación desde unha perspectiva multidisciplinar é importante (Fernández-Alcántara et al., 2012).

As actuacións que realicen coa familia os integrantes do equipo de sanitarios, ou o médico que está ante o ecógrafo e ve que algo non vai ben, desde que aquela entra pola porta de urxencias ata que vai para a casa, ou durante o seguimento posterior, son factores que van facilitar ou complicar o dó polo bebé perdido. Por iso é mester que o persoal sanitario estea informado e formado acerca de como actuar nestes casos, que opcións hai e que sexa consciente da enorme responsabilidade que teñen e as consecuencias das súas actuacións.

Cando aos pais e nais se lles comunica a noticia de que a súa filla ou fillo non ten latexo ou vén con algún problema, estes reciben unha información que non cren que poidan estar a oír. O seu cerebro entra en “modo perigo” e pode aparecer como resposta: a fuxida, a agresividade ou que entren en estado de shock. Ás veces hai unha mestura de todas. Logo, quedan en estado de shock. O cerebro desconéctase, non é capaz de procesar a información de que o seu fillo/a morreu, que terán que enterralo ou que terán que decidir entre unha vida chea de sufrimento polos problemas que trae o bebé ou interromper a vida do bebé que tanto desexaban.

Dúas das cousas máis importantes que debemos ter en conta son as palabras tempo e opción. Como dixen anteriormente, a maioría dos pais e nais entran en estado de shock e isto non lles permite tomar decisións con lucidez. É por iso que somos os profesionais que os atendemos quen debemos darlles opcións, información e tempo para que eles poidan decidir, sempre que sexa posible, aspectos como un parto inducido ou cesárea; doar ou non o leite materno; ver ou non ver ao bebé; crear recordos para a caixa do recordo (tomar fotos, pegadas,

guecho de pelo, pinza do cordón); asear, vestir e arrolar o seu bebé; despedirse; que facer co corpo do bebé independentemente da semana de xestación na que estea, tal e como dita o Tribunal Constitucional na súa Sentencia do 1 de febreiro de 2016, ditada no recurso de amparo nº 533/2014.

A continuación, describíense recomendacións de actuación para profesionais que poden axudar a facilitar o proceso de dó nos pais e nais (Payàs, 2011):

1. Humanización e respecto cara ás persoas.
2. Preséntese, dicindo o seu nome e que cargo ocupa e dea información do que vai ocorrer ou está a ocorrer.
3. Dicir a verdade do diagnóstico, se cren que poida que algo non vaia ben, e non botar a culpa a que o bebé está en tal ou cal posición ou que hai fallos nos aparellos.
4. Dar información, orientación e asesoramento sobre opcións durante todo o proceso.
5. Comunicar a noticia nun sitio onde haxa intimidade e deixar que os proxenitores estean acompañados pola súa familia se así o desexan.
6. Preguntar os nomes dos proxenitores e do bebé ou bebés. Chamalos polo seu nome.
7. Que exista unha habitación de despedida do bebé, illada do espazo onde están as mamás cos seus bebés sans e vivos. Se non é posible, poñan un distintivo na porta para que o persoal o saiba, por exemplo, unha bolboretta ou unha estrela, e procuren que a familia estea soa na habitación e o máis afastada posible das habitacións de familias cos seus bebés sans e vivos.
8. Dicir frases como “síntoo moito”, “non hai palabras”, “non podo imaxinar a dor tan grande que poden estar a sentir”. Se non se sabe que dicir, ás veces o silencio é a mellor opción para acompañar.
9. Deixar expresar os sentimentos que produce a perda dun bebé san ou o falecemento dun bebé.
10. Sempre que sexa posible falar dun plan de parto e de coidado da mamá e do bebé coa familia en caso de morte perinatal.
11. Dar a opción de tratar o bebé como se fai cando o bebé nace vivo. Poder poñelo encima nada máis nacer, tocalo, bicalo, asealo, facerlle fotos, coller pegadas, guecho de pelo, árbore da vida (impresión de placenta en papel secante) para despois facer a caixa do recordo.
12. Se no momento do parto deciden non velo, ofrecerlle a posibilidade máis tarde. Preparar a familia se decide ver o bebé, falar de como é o seu aspecto e presentalo vestido e aseado.
13. Dar a opción de pasar tempo con el/ela e que toda a familia poida despedirse sen présas.
14. Dar a opción de doar o leite materno, de acabar coa lactoxénese con medicación ou asesorar sobre como facelo de forma natural.

15. Na medida do posible, axilizar os trámites de probas, autopsia, etc.
16. Validar todos os sentimentos de tristeza, rabia e dor.
17. Proporcionar apoio psicolóxico especializado durante a estancia no hospital e cando a familia vaia para a casa. Fagan un seguimento durante un tempo. Informen sobre os recursos dispoñibles para o dó perinatal na súa localidade ou provincia.
18. Ter en conta a parella no proceso. Validen a súa dor e os seus sentimentos. Eles/as tamén perderon un fillo.
19. Deixar que as familias estean acompañadas por quen eles queiran.
20. No caso de que sexa un embarazo xemelar ou múltiple e só un deles naceu con vida, poñan nos seus berces un distintivo, como unha bolboreta, que faga saber que o seu irmán/a morreu. Iso evitará comentarios dolorosos por parte dos profesionais que non saiban o sucedido.
21. Informen acerca das posibilidades de dispor do corpo de bebé para incineralo, enterralo ou doalo á ciencia, sexa a semana de xestación que sexa e da posibilidade de facer autopsia.
22. Formar o persoal sanitario (médicos/as, matróns/onas, enfermeiros/as, celadores/as, auxiliares) sobre atención en caso de dó perinatal.
23. Traballar porque no seu centro hospitalario haxa un protocolo de atención en caso de dó perinatal.
24. O autocoidado e o apoio psicolóxico do profesional é moi importante.
25. Facer grupos de axuda mutua de profesionais que atenden situacións de vulnerabilidade.
26. Facer grupos de axuda mutua de familias que pasan por situacións de dó perinatal.

5 | Abordaxe psicoterapéutica: o camiño do dó perinatal desde a teoría e a experiencia

Aínda que historicamente as teorías sobre o dó expuxeron modelos para explicalo baseados nunha secuencia lineal de fases, máis que describir a realidade responden á necesidade de dar un empaquetado común para a comunidade científica e pór nome aos estados que acontecen durante este proceso. O certo é que, na experiencia, o dó non é un proceso lineal, senón que ás veces estas tarefas se solapan entre si debido a que están moi relacionadas e, doutra banda, existen factores de natureza epixenética relacionados con variables intrapsíquicas, interpersoais ou circunstanciais que determinarán en gran medida a súa evolución e final (Payàs, 2011). No caso do dó perinatal, os factores de risco que se definiron e que poden complicar o proceso, son o de padecer algún trastorno psiquiátrico anterior, a depresión posparto, os abortos de repetición, a falta de apoio social e familiar, ter estilos de afrontamento non adaptativos e outros problemas vitais (Fernández-Alcántara et al., 2012).

Cabe destacar que o dó por morte perinatal ten unhas características propias e únicas, debido a que, cando o bebé falece, con el morren tamén os sonhos e expectativas dos pais e nais, toda unha vida imaxinada que se construíron xunto a ese bebé que desaparece de golpe. Tamén cabe destacar o impacto que este suceso ten sobre diversos aspectos da vida da familia: emocional, social, parella ou vínculos sociais inmediatos (Fernández-Alcántara et al., 2012).



Foto cedida por Sara Ibarz Novials, "Peach and apricot"

Cadro 1. Efectos psicolóxicos en proxenitores

NAIS	PAIS
Shock, tensión e gran dor (máis acusado). Tristeza, irritabilidade, culpabilidade, síntomas somáticos, ansiedade ante a morte, depresión, culpa e preocupación nos seguintes embarazos. Grande angustia e ansiedade en embarazo posterior á perda.	Shock, tensión e gran dor. Rabia, baleiro, indefensión e soidade. Grande angustia e ansiedade en embarazo posterior á perda.

Fonte: Fernández-Alcántara et al., 2012

Segundo Carlos Odriozola, a perda perinatal pode encadrarse como unha das que máis dificultade presenta para ser resolta xa que se trata dunha perda repentina e non desexada, como o aborto espontáneo ou involuntario ou a morte súbita intrauterina. Esta perda vívese como unha manifestación cruel da vida. Odriozola postula que non todas as perdas afectan por igual e o grao de afeción que nos vai a producir a perda depende do historial de perdas da persoa, de como esa persoa as afrontase e da forma en que ocorren as devanditas perdas (repentina ou esperada, desexada ou non) e a culpa por acción ou omisión que provocan (Odriozola, 1999).

A continuación describirei distintas posibilidades de abordaxe psicoterapéutica (non as únicas). Cada proceso de dó é único, e é importante valorar previamente a liberdade da persoa na súa vivencia emocional á hora de escoller a mellor intervención. Neste apartado centrareime en abordaxes de tipo máis activa.

5.1. Abordaxe psicoterapéutica do dó perinatal: o proceso M.A.R. (Movemento cara ao Agradecido Recordo)

Culturalmente, o dó na nosa sociedade conceptualízase como o facían as nosas avoas e bisavoas: dor e loito para sempre, e máis se é por un fillo/a. Levamos este sinal ata a medula. Pola miña experiencia propia e pola que me chega nos grupos de apoio mutuo aos que pertenzo e nos casos que asisten á miña consulta, a maioría dos pais e nais que perdemos un fillo temos a idea de que, se deixamos de sentir dor e volvemos vivir, esquecerémonos del/dela.

O problema de quedar unidos por esa dor aos nosos fillos é que pagaremos un prezo demasiado alto que é a incapacidade de gozar de calquera cousa para sempre, é dicir, o que comunmente se chama “morrer en vida”.

Grazas á vida existe outra alternativa. Desde o momento en que perdín a Inés tiña claro que gran parte da cura da miña alma rota residía por unha banda en non converter o dó no centro da miña vida, senón en parte dela e por outro ocúpame de transformar a dor en amor.

“Imaxina unha cunca de té na que pomos tres partes de auga e unha de aceite. Se tiveses que contestar a pregunta de que contén a cunca a primeira ollada, dirías que está chea de aceite, xa que o aceite é máis denso que a auga e queda na superficie.

Algo parecido ocorre co medo e o amor cando perdemos un ser querido. O medo (aceite) a esquecelo se soltamos a dor é o que máis se fai notar en principio, embázao todo e iso fai que non poidamos ver o amor (auga) que nos une ao noso ser querido.”

Carlos Odriozola, “Metáfora da auga e o aceite”

Precisamente nesta segunda parte entra en xogo el proceso M.A.R. (Movemento cara ao Agradecido Recordo). Trátase dun deseño integrador cuxo obxectivo é axudar o/s doente/s a elaborar o dó pola perda do seu ser querido, neste caso o falecemento dun fillo/a. Un dó está resolto cando o que prevalece é o recordo agradecido (Odriozola, 1999).

Carlos Odriozola expón o agradecido recordo como indicador dunha elaboración do dó. Calquera outro sentimento diferente como a prevalencia da rabia, a desgana, rancor ou culpa, indica que hai un “atasco” no proceso. Este atasco, normalmente, débese á existencia de culpa. Cabe destacar aquí que o fenómeno da culpa é algo intrasubxectivo. Isto quere dicir que está relacionado coa persoa, é algo moi íntimo. Significa que, aínda que desde fóra lle digan que non a ten e lle dean argumentos para iso, a persoa vai seguir sentíndose culpable, porque no seu foro interno ela vive que é así.

Existen seis tarefas no proceso de dó que os pais/nais deben abordar e realizar:

- 1. Aceptación da perda:** necesidade de contactar coa realidade da perda, coa ausencia. Saír do estado de shock e de incredulidade no que os proxenitores entramos ao escoitar a palabras “non hai latexo” ou “é incompatible coa vida”. O noso bebé morreu e é un feito que ocorreu e que é irreversible.

2. **Conexión coa tristeza profunda, a dor e a rabia** que produce a perda do bebé. Este tipo de sentimentos é inherente á frustración e á impotencia que provoca aceptar que a perda do bebé tivo lugar.
3. **Identificación e saneamento de situacións de culpa:** culpa por acción ou omisión propia ou dos demais. Cando a culpa se traballa á luz da comprensión, o amor e o perdón transfórmase en agradecemento.
4. **Despedida Agradecida:** consiste en ver o amor, en dar valor ao tempo compartido, aos sentimentos de felicidade e ilusión que se xestaron, ás sensacións que vivimos. Dáse cando logramos ver e mirar a perda con perspectiva.
5. **Cando logramos quitar o aceite podemos ver a auga,** temos a opción de darnos conta de que, aínda que a perda leva dor, non é o único que existe, senón que tamén hai amor, moito amor polo tempo compartido con ese bebé que xa non está, polo amor que deixou en nós, pola onda de amor e agarimo que esperta nos demais, porque nos fai entender o que importa na vida e apreciala doutra maneira.
6. **Reutilización da perda en beneficio dos demais:** no noso caso, axudar outras familias que pasaron pola mesma situación participando ou creando asociacións; grupos de axuda mutua; facendo campañas de prevención da morte perinatal; educación e concienciación acerca da morte perinatal a nivel social; colaborando cos hospitais na elaboración de protocolos de atención a casos de morte perinatal, etc.

“No canto de brazos que suspiran por arrolarte de novo, déchesme brazos para achegarme a outros pais que perderon o seu fillo. No canto de oídos que estrañan escoitar unha vez máis -quérote papi-, déchesme oídos para escoitar outros que teñen o corazón roto. Por iso, hoxe, meu anxo, douche as grazas”

Alba Payás, “Las tareas del duelo”.

Para realizar todas estas tarefas no proceso utilízanse recursos como: o xenograma, para a toma de conciencia da perda por parte da/s persoa/s; cartas a corazón aberto para profundar e tomar contacto cos sentimentos que esperta a perda, a culpa e tamén o agradecemento; técnica de cadeira baleira ou rituais para acabar coa culpa e quedar co sentimento do agradecido recordo, como ler durante 40 días a carta de agradecemento e despedida.

5.2. Abordaxe psicoterapéutica do dó perinatal desde a perspectiva da terapia de aceptación e compromiso

A Terapia de Aceptación e Compromiso (ACT) postula que os problemas psicolóxicos aparecen pola evitación de sucesos privados (emocións, pensamentos, recordos e outras condutas non observables publicamente) e esta evitación fai que a persoa perda o contacto co que valora na súa vida, empregando o seu tempo en loitar para non sentir nin pensar. No caso do dó perinatal isto obsérvase sobre todo en persoas que utilizan a negación da existencia dos seus fillos/as como forma de resolución da dor da perda. Seguen a premisa mental de que, se negan a súa existencia, evitarán a dor. Hai outras veces que o que atopamos en consulta son pais e nais que se culpan ou botan a culpa a outros ou á vida e quedan atascados aí, na rumiación da situación con preguntas como: por que a min?, que fixemos mal?

“Os problemas psicolóxicos aparecen pola evitación de sucesos privados (emocións, pensamentos, recordos e outras condutas non observables publicamente) e esta evitación fai que a persoa perda o contacto co que valora”.

Os obxectivos de ACT nestes casos son: primeiro, que os proxenitores acepten a perda como real para que poidan entrar no proceso de dó atrevéndose a sentir e pensar todo o que acontece que é o que trataron de evitar e, segundo, dar sentido a esa perda e esa dor, sentíndoa e conectándoa co valor que o seu fillo/a tivo para eles, para a súa vida.

ACT estrutúrase para aplicala en 6 fases cunha orde lóxica e utilízanse principalmente tres tipos de técnicas: paradoxos, metáforas e exercicios experienciais. Cabe destacar que debe ser flexible e adaptarse ao cliente en consulta. Con todo, seguindo a orde lóxica:

1. **“Desesperanza creativa”**: o obxectivo é que o cliente faga contacto con que a experiencia e o froito das solucións que ata ese momento expuxo foi infrutuoso, non lle serviu. Nos exemplos citados, como negar a existencia do seu fillo ou filla para así evitar a dor ou entrar na rumiación de preguntas que non teñen resposta ou o círculo da culpa; o obxectivo sería que se dea de conta de que tentar non sentir ou pensar no seu bebé o único que lle trae é ansiedade e frustración porque, por moito que o tente, evitar o recordo desa experiencia e os sentimentos de dor e tristeza non lle vai servir, porque acontecerán aínda que a persoa tente apartalos. No caso da rumiación dos porqués sen resposta e a culpa, que se dea de conta de que esa rumiación de preguntas e culpa só está a aumentar o seu sufrimento e dificultando o seu proceso de sanación. En definitiva, trátase de que tome conciencia de que as estratexias de afrontamento que está a utilizar non lle serven.
2. **“O problema é o control”**: facer consciente o cliente de que tentar controlar os sentimentos e pensamentos non funciona. É máis, empeóralo. Pasa por valorar que, quizais, a solución é estar aberto a sentir e pensar o que acontece.
3. **“Defusión”**: hai diferenza entre crer un pensamento, loitar contra el, notalo ou aceptalo. Esta fase trata de achegar ao cliente técnicas para tomar distancia do que pensamos ou sentimos. Un pai ou nai pode pensar que “xa non merece volver gozar despois da perda dun fillo”, pero é iso así realmente?, unicamente ten valor a perda do fillo/a?, que pasa co resto da familia, a parella e as cousas que lle gustan?
4. **Crear “un sentido transcendental do eu”**: o obxectivo é que a persoa deixe de identificarse con como se supón que debería sentirse ou ser. Nestes casos xorden pensamentos como: “son un mal pai/nai porque se perdín o meu fillo/a debería de sentirme peor do que me sinto”, “se fose bo nai/pai non debería rir ou poder gozar dunha película ou ter relacións sexuais pracentearas de novo”. Trátase de que a persoa deixe de identificarse con esas afirmacións e entenda que el ou ela non é mal pai/nai porque faga ou

non, ou sinta ou non tal ou cal cousa, que o que o converte en bo pai ou nai é o amor que sente polo seu fillo/a.

5. **“Aclaración e traballo con valores”**: determinar o que importa ao cliente realmente, que valores guían a súa vida e, por tanto, a súa conduta cara a conseguir metas e obxectivos relacionados con eses valores. Trabállase para dar un sentido á perda e á dor que supón entrar en contacto con records, pensamentos e sentimentos relacionados coa perda. Por exemplo, no caso da perda dun fillo/a entrar en contacto con ela fai que, en moitos casos, cambie o sistema de valores da persoa. Pásase a valorar máis a vida en si, cousas fundamentais como poder respirar ou que lateixe o corazón. Poder gozar de quen queremos dedicándolles tempo. Deixar de complacer. Dedicar tempo a coidarnos e gozar das cousas que nos gustan.
6. **“Vontade e compromiso”**: todo este proceso require de vontade e tamén esforzo. Podemos elixir entre quedarnos lamentándonos e rumiando ou afrontar e aceptar estes sentimentos e pensamentos como parte do proceso de curación e non permitir que estes nos quiten as ganas de gozar da vida, das cousas e persoas que nos importan e temos a oportunidade de gozar. Esa oportunidade que os nosos fillos e fillas non teñen e nós si. Non hai maior tributo a eles/as que gozar da vida, que honrar a súa memoria e existencia gozando da nosa.

5.3. Abordaxe psicoterapéutica do dó perinatal: asociación Matrioskas

A Asociación “Matrioskas” xurdiu por mor da miña experiencia persoal de perda perinatal. Fun consciente da escaseza de recursos específicos a nivel hospitalario e ocorrúseme facer un grupo de apoio ás familias. Tras comentalo coas matronas e con outras familias interesadas decidimos darlle unha estrutura legal e formar a asociación, para que puidesen contar connosco como recurso. Empezamos as reunións e están a ter moi boa acollida. Ademais do grupo mensual de axuda mutua, temos como obxectivo a sensibilización e formación a profesionais sanitarios a través de cursos e a difusión de información a través de redes sociais.

CONSPIRACIÓN (OU PACTO) DO SILENCIO EN PSICOONCOLOXÍA: UN SEGREDO A VOCES?

* Neste texto daranse por equivalentes as denominacións conspiración ou pacto de silencio.

Rocío Basanta Matos

PSICÓLOGA CLÍNICA DE INTERCONSULTA E ENLACE.
HOSPITAL LUCUS AUGUSTI.

✉ rociobasanta@gmail.com

RESUMO: O propósito deste artigo é reflexionar sobre a conspiración ou pacto* do silencio. Esta é unha barreira na comunicación que se dá con moita frecuencia entre doentes, familiares e profesionais. Neste texto, imos ocuparnos das situacións nas que a contorna (familiares e/ou sanitarios) coñece información que o paciente non ten, sen considerar os seus desexos respecto diso. Abordaremos que é o que se sabe sobre este tema. Como debe ir cambiando o tema da información na medicina. Cales son as nosas obrigas éticas no traballo e que é o que di a lei respecto diso. Cales son os discursos dos pacientes, os familiares e os profesionais. Expóñense no texto reflexións baseadas na literatura e na práctica clínica. Conclúese discutindo pinceladas sobre estratexias de prevención, intervención e manexo.

PALABRAS CLAVE: conspiración do silencio, psicoonco-
loxía, enfermidade terminal, comunicación clínica, ética.

ABSTRACT: The purpose of this article is to reflect on the conspiracy or pact of silence. This is a barrier in communication that occurs very often among patients, family members and professionals. In this text, we will deal with situations in which the environment (family and / or health) knows information that the patient does not have, without considering their wishes in this regard. We will discuss what is known about this topic. How the subject of information in medicine has changed. What are our ethical obligations at work and what does the law say about it. What are the speeches of patients, relatives and professionals. They are exposed in the text, reflections based on literature and clinical practice. It concludes discussing brushstrokes on strategies of prevention, intervention and management.

KEY WORDS: conspiracy of silence, psycho-oncology, terminal illness, clinical communication, ethics.

SUMARIO:

- 1 Introducción: a enfermidade, a morte e como nos confronta
- 2 De que estamos a falar ao dicir conspiración (ou pacto) do silencio?
- 3 Informar como deber ético e legal
- 4 Que datos coñecemos?
- 5 Por que se empezou a ocultar diagnóstico e prognóstico en medicina?
- 6 Cando cambiou isto? Aparece a conciencia, e o coñecemento científico e a incerteza.
- 7 Aquí e agora, que atopo na miña práctica? As verdades das mentiras e as mentiras das verdades.
- 8 Entón... Que facer ante os pactos de silencio? Por que falar? Hai que romper os pactos de silencio?
- 9 Estratexias de prevención, de intervención e de manexo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Agrest, A. (2008). *Ser médico ayer, hoy y mañana. Puentes entre la medicina, el paciente y la sociedad*. Bs As: Libros del zorzal.

Arranz P, Bayes R. (1996). Aspectos psicológicos del enfermo en situación terminal. En M. González, A. Ordóñez, J. Feljú, P. Zamora e E. Espinosa (Dirs), *Medicina Paliativa* (pp.237-255). Madrid: Médica Panamericana. (pp.237-255).

Bermejo, J.C., Villacieros, M., Carabias, R., Sánchez, E. e Díaz-Albo, B. (2013). Conspiración del silencio en familiares y pacientes al final de la vida ingresados en una unidad de cuidados paliativos: nivel de información y actitudes observadas. *Medipal* 2013;20:49-59

Centeno Cortés, C., Nuñez Olarte, J.M. (1994). Questioning diagnosis disclosure in terminal cancer patients: a prespective study evaluating patients responses. *Palliative Medicine* 3, pp 39-44.

Centeno Cortés C, Nuñez Olarte J.M. (1998). Estudios sobre la comunicación del diagnóstico del cáncer en España. *Medicina Clínica*. Vol 110. Número 19 p. 744- 750

Derrida, J. (1997). La farmacia de Platón, en: *La diseminación*. Madrid: Espiral; (1967). La dissemination. Paris: Editions du seuil.

Hernández-Clemente, J.C. (2019). Dígame la verdad, Dr. *Folia Humanística*, Número 11. - febrero-marzo.

Los fines de la medicina (2004). En *Cuadernos de bioética*. Barcelona: Fundació Víctor Grifols i Lucá.

Ruiz-Benítez de Lugo, Comyn M.A. (2007). La conspiración del silencio en los familiares de los pacientes terminales. Tesis doctoral. Servicio de Comunicaciones de la Universidad de La Laguna. Humanidades y ciencias sociales/15 I.S.B.N.: 978-84-7756-773-8. 2007. Disponible en: <ftp://tesis.bbtk.ull.es/ccs-syhum/cs425.pdf>

Ruiz-Benítez de Lugo, M., Coca, M. (2008). El pacto de silencio en los familiares de los paciente oncológicos terminales. *Psicooncología*, vol. 5, num 1.

Sontag, S. (1995). *La enfermedad y sus metáforas*. Buenos Aires, Taurus

Sánchez Fuentes J.M. (2019). ¿Conspiración del silencio o confabulación en la negación? *Cartas al director*. Elsevier. 28/5/2019.

1 | Introducción: a enfermidade, a morte e como nos confronta

Vivimos nunha sociedade que asocia cancro e morte, aínda que as persoas con cancro cada vez viven máis tempo. En España, en 2016, foi causa do 27,5 % da mortalidade (Sociedad Española de Oncología Médica, *Las cifras del cáncer en España*, 2018).

Vivir unha situación límite fainos conscientes do noso propio carácter finito. As enfermidades graves, como o cancro, confrontan ao ser humano cos seus límites. En concreto, coa morte. Para o doente significa a posible perda da súa vida e para a psicóloga clínica enfrontar a morte do outro e o encontro tanto cos propios límites (os do noso coñecemento, a nosa actuación...) como cos do contexto hospitalario (horarios, instalacións, falta de intimidade, traballo con outros equipos, diferentes filosofías de intervención, etc.).

Coa enfermidade e a morte chega o medo ao descoñecido e, para lidar con iso, desenvolvemos estratexias de evitación, de rexeitamento e de fuxida. Estas concrétanse moitas veces en pactos de silencio e na linguaxe que usamos. As metáforas, sinónimos e eufemismos reflicten (que existen) connotacións negativas e como tentamos encubrilas.

Susan Sontag (1974) en *La enfermedad y sus metáforas* expón que: “Que se minta tanto aos pacientes de cancro, e que estes mesmos mintan, dá a pauta do difícil que se volveu nas sociedades industriais avanzadas o convivir coa morte”. Tamén sinala: “a morte é agora un feito ofensivamente falto de significado, así unha enfermidade comunmente considerada como sinónimo de morte é algo que hai que esconder... Con todo, a negación da morte non explica porqué se mente tanto nin porqué un desexa que lle mintan; non se toca o pavor máis fondo”.

En relación a iso, ela sinala que: “Aos doentes de cancro ménteselles non simplemente porque a enfermidade é (ou se pensa que sexa) unha condena á morte, senón porque lla considera obscena, no sentido orixinal da palabra, é dicir: de mal agoiro, abominable, repugnante para os sentidos”. Poderíase engadir, tomándoo do teatro clásico, o significado de ob-scena (ob skene): fóra de escena. Do escenario que cada un se imaxina para a súa vida.

Neste mesmo sentido, Kübler-Ross (1969) sinala o que cambiou: “usamos eufemismos, facemos que o morto teña aspecto de durmido, afastamos os nenos para protexelos... morrer convértese en algo solitario, mecánico, deshumanizado e impersoal, cando un paciente está gravemente enfermo, trátaselle como unha persoa sen dereito a opinar”. En resumo, a deshumanización e a tecnificación da asistencia sanitaria, no fondo, podería responder a unha necesidade de negar a nosa propia morte e á angustia de vernos reflectidos no paciente moribundo.

A morte é universal e, á vez, única. Ninguén pode ocupar o lugar doutro e por iso, non hai receitas. Cada un e cada familia enferma e morre, como é e como viviu. Non vemos as cousas como son, senón como somos. Coa morte cada quen ha de escribir o seu último capítulo e, salvo excepcións, todos desexamos poder elixir e que os que nos rodean respecten o que eliximos.



©rawpixel

2 De que estamos a falar ao dicir conspiración (ou pacto) do silencio?

“Os científicos din que estamos feitos de átomos, pero a min un paxariño contoume que estamos feitos de historias”.

Eduardo Galeano

Falamos dunha barreira ao redor da comunicación, dun acordo, implícito ou explícito, ao que chega a familia, a contorna ou os profesionais, de cambiar ou omitir a información que se dá ao doente para ocultar o diagnóstico, a gravidade ou o pronóstico coa finalidade de protexelo. Pero entón, que datos temos para facer o relato do noso último capítulo?

Os autores que abordan este tema, como P. Arranz et al. (1996), defínenos como: “acordo por ocultar total ou parcialmente información do seu estado ao paciente sen ter en conta os desexos de saber do mesmo”. Se é o propio enfermo o que non quere saber, entón chámanos conspiración adaptativa. Ruiz (2007) di que son “o conxunto de estratexias utilizadas pola familia e/ou persoal sanitario, para evitar e non comunicar ao paciente a gravidade da súa situación”. Segundo Bermejo et al. (2013) é o acordo, implícito ou explícito, por parte de familiares, amigos e/ou profesionais de alterar información que se dá ao paciente co fin de ocultarlle o diagnóstico e/ou pronóstico, e/ou gravidade da situación”.

Este fenómeno xorde, maioritariamente, como un déficit no proceso comunicativo. Aparece no eido sanitario de maneira prevalente e habitualmente non por un desexo explícito do paciente senón como unha estratexia de afrontamento que limita a comunicación. Con todo, sabemos que a comunicación co paciente é de vital importancia xa que é o modo máis efectivo para poder realizar con éxito as indicacións médicas e experimentar tamén melloras na calidade de vida.

Doutra banda, é difícil achar un equilibrio entre as expectativas e achegar información veraz e axustada ao silencio, aínda que a maneira de nomealo quizá non sexa a máis acertada. A palabra conspiración, segundo a RAE, é: “Acto preparatorio do delito que consiste no concerto de dous ou máis persoas para a execución dun delito e na súa resolución para executalo”.

Na miña opinión, non describe axeitadamente este fenómeno xa que do que falamos non é dun acordo **contra** alguén para facer dano, senón que adoita ser un acto motivado por amor e desexo de coidar. Entón, como expón J.M. Sánchez (2019), achégase máis á idea de “confabulación na negación”. A negación é unha constante na vida, un mecanismo de defensa, que evita en parte a autoconciencia continua da enfermidade. Neste texto, imos ocuparnos das situacións nas que a contorna (familiar e/ou sanitario) coñece información que o paciente non ten, sen considerar os seus desexos respecto diso.

Hai varios tipos de conspiración do silencio:

- Por orixe: necesidade familiar ou negación do doente.
- Por cantidade de información oculta: total ou parcial.
 - Parcial: coñece o diagnóstico pero non o pronóstico.
 - Total: non ten absolutamente ningunha información.
- Desadaptativa: o paciente desexa saber, pero a información non se lle facilita.
- Adaptativa: o paciente non quere saber nin a gravidade, nin outra información.

As estratexias de ocultación poden ser moi variadas, pero poderíanse subdividir en dous:

- Distorsións da linguaxe como: eufemismos, evitar a palabra cancro, dar información parcial, usar termos complexos ou ambiguos, negar o diagnóstico ou omitilo, repetir diagnósticos previos, pospor a resposta, disimular emocións, evitar ou acurtar situacións ou conversacións.
- Actuacións como: petición de colaboración da familia aos profesionais na conspiración, impedir o contacto co paciente ou evitar que quede a soas co profesional.

Se analizamos os discursos sobre as causas que se argumentan para non comunicar vemos:

- Desexo de coidar, de evitar o sufrimento e protexer do impacto emocional.
- Paternalismo do contexto cultural, crer que os pacientes non queren coñecer o seu estado, aínda que digan o contrario.
- Tabús sociais sobre etapas de final de vida.
- Autoprotección dos profesionais e dos familiares.

Concretando un pouco máis nas causas que os profesionais expoñen están, non saber como facelo por dificultades de comunicación (falta de tempo e ambiente adecuado, falta de formación en comunicación e manexo de emocións), a evitación da situación por ansióxena, a dificultade de establecer diagnósticos e pronóstico precisos e os sentimentos de fracaso e frustración por que non haxa posibilidades de cura. Pola súa banda, os familiares falan máis de medo ás repercusións emocionais do doente como que a información pode diminuír a esperanza do paciente ou acelerar a morte.

Preténdese coidar e protexer e, con todo, os efectos e consecuencias que atopamos no doente cando estamos ante unha conspiración do silencio son:

1. Na toma de decisións respecto da saúde: perda de autonomía, dado que non se está informado.

2. No emocional: frustración ante unha deterioración evidente, con descoñecemento de causa e sen melloría a pesar dos tratamentos recibidos, subseguinte desconfianza coa familia e/ou coidador principal e bloqueo da comunicación. Aparecen preocupacións, ansiedade, medo, confusión, rabia, tristeza.
3. No social: illamento, sentirse incomprendido, só, enganado, abandonado... Complicase a expresión de emocións e a abordaxe de temas importantes.
4. No espiritual: perda de oportunidade para cubrir necesidades.

En resumo, atopamos dificultade para afrontar a propia morte, para despedirse, resolver tarefas pendentes, e atopar sentido á vida e ao sufrimento.

Estes efectos alcanzan tamén aos profesionais: xera valoracións equivocadas, etiqueta, desgasta e pon en disxuntivas sobre a quen non prexudicar. Todo iso fai entrar en conflito os principios de bioética: beneficencia, non maleficencia, autonomía e xustiza.

3 Informar como deber ético e legal

Informar ao doente é, en primeiro lugar, un deber ético. As razóns éticas polas que a conspiración do silencio vai en contra dos principios dunha boa práctica clínica son:

- É contraria ao principio ético de autonomía do doente e revelar o diagnóstico aos familiares antes que ao doente incumpre o deber de confidencialidade. Ademais, supón para a familia ter que soportar a carga da falta de claridade ou do engano, o que pode (e adoita) levar a sentimentos de culpa máis tarde.
- Xorden barreiras de comunicación entre os familiares e o doente (na medida na que aqueles exercen condutas evitativas en momentos cando o paciente máis os precisa).
- Cando se produce, dado que non se lles informou da súa situación, os pacientes non poden exercer o dereito de dar o seu consentimento informado, e así pode verse afectada a posibilidade de recibir un tratamento apropiado e a tempo.
- Os doentes poden perder as súas oportunidades para completar tarefas e desexos antes da súa morte.
- Os doentes poden percibir que se lles oculta algo, e desenvolver desconfianza cos seus familiares e médicos.

- A relación médico-doente pódese ver negativamente afectada por unha perda de confianza no médico por parte do doente, o que xera dificultades para ofrecer o mellor tratamento (aquele que está en liña cos desexos do doente).

Ademais, é un deber legal. O deber de informar, sobre o diagnóstico e prognóstico, plasmado na Lei Xeral de Sanidade 14/1986, artigo 10, recolle os dereitos fundamentais dos cidadáns con respecto ás distintas administracións públicas sanitarias. Concretamente os puntos sobre a información son:

1. A que se lle dea en termos comprensibles, a el e aos seus familiares ou achegados, información completa e continuada, verbal e escrita, sobre o seu proceso, incluíndo diagnóstico, prognóstico e alternativas de tratamento.
2. Á libre elección entre as opcións que lle presente o responsable médico do seu caso, sendo preciso o previo consentimento escrito do usuario para a realización de calquera intervención.
3. A que se lle asigne un médico, cuxo nomee daráselle a coñecer, que será o seu interlocutor principal co equipo asistencial.

A Lei 41/2002, da autonomía do paciente no seu capítulo II, artigo 4º e 5º recollen:

Artigo 4. Dereito á información asistencial:

1. Os doentes teñen dereito a coñecer, con motivo de calquera actuación no ámbito da súa saúde, toda a información dispoñible sobre a mesma, salvando os supostos exceptuados pola Lei. Ademais, toda persoa ten dereito a que se respecte a súa vontade de non ser informada. A información, que como regra xeral proporcionarase verbalmente deixando constancia na historia clínica, comprende, como mínimo, a finalidade e a natureza de cada intervención, os seus riscos e as súas consecuencias.
2. A información clínica forma parte de todas as actuacións asistenciais será verdadeira, comunicarse ao paciente de forma comprensible e adecuada ás súas necesidades e axudará a tomar decisións de acordo coa súa propia e libre vontade.
3. O médico responsable do doente garantirallo o cumprimento do seu dereito á información. Os profesionais que o atendan durante o proceso asistencial ou lle apliquen unha técnica ou un procedemento concreto tamén serán responsables de informalo.

Artigo 5. Titular do dereito á información asistencial.

1. O titular do dereito á información é o doente. Tamén serán informadas as persoas vinculadas a el, por razóns familiares ou de feito, na medida que o paciente o permita de maneira expresa ou tácita.
2. O paciente será informado, mesmo en caso de incapacidade, de modo adecuado ás súas posibilidades de comprensión, cumprindo co deber de informar tamén ao seu representante legal.

En Galicia, ademais, temos a Lei 5/2015 de dereitos e garantías da dignidade das persoas enfermas terminais. Na súa exposición de motivos recóllese: “Este gran desenvolvemento tecnolóxico supuxo unha mellora das condicións de vida das persoas e a capacidade de prolongar a vida ata límites insospeitados. Chegouse ata tal punto que dentro da sociedade hai quen ten a percepción errónea de que a morte case sempre pode e debe ser posposta. Este enfoque do medicamento é un dos responsables de que moitas e moitos profesionais sanitarios atópanse incómodos e inseguros ante o final da enfermidade sen saber ben como actuar”.

A pesar dos nosos coñecementos, da nosa experiencia e de estar redactado nas nosas leis, non sabemos como actuar; as conspiracións de silencio son un bo exemplo diso. Se á ansiedade do enfermo se suma a do sanitario, xérase un círculo que facilita o illamento, o silencio, a incomunicación e o engano. Por todo isto, teremos que darnos a opción de preguntar e falar de cada situación, das emocións e temores que nos xorden para así enfrontarnos mellor á enfermidade e a morte.

“Se á ansiedade do enfermo se suma a do sanitario, xérase un círculo que facilita o illamento, o silencio, a incomunicación e o engano”.

4 Que datos coñecemos?

Do estudo realizado sobre pactos de silencio en familiares de doentes oncolóxicos terminais de Ruiz-Benítez (2008), destacamos estes datos:

- Canto maior é a crenza de que a verdade vai ter repercusións negativas no enfermo, maior é a incapacidade para comunicarse.
- Ao maior desbordamento emocional adoita acompañar unha menor competencia para manexar os aspectos relacionados coa morte, e que canto maior é o medo, e a evitación cara á morte, maior adoita ser o desbordamento emocional.
- A maior dificultade de comunicación co enfermo terminal, menor percepción de competencia ante a morte, tamén para falar da propia.
- Canta máis idade e menor nivel educativo, máis número de conspiradores.

Algunhas cifras do mesmo estudo din que o 21% non sofre conspiración, o 27% coñece diagnóstico pero non prognóstico, e o 50% sofre conspiración do silencio, pero existe un acordo no que probablemente intúa a situación.

Entre conspiradores absolutos (néganse a compartir a información tanto de diagnóstico como de prognóstico) e os non conspiradores, o factor que máis contribúe a explicar a diferenza entre ambos os dous é a “repercusión da verdade”, sendo a razón máis importante para ocultar a gravidade da situación ao paciente o medo ás repercusións negativas: depresión, anhedonia, apatía, empeoramento físico, sufrimento innecesario, perda de esperanza ou aumento do risco de suicidio.

Resumindo, o bloqueo na comunicación dará lugar a:

- illamento e soidade do enfermo, sentimentos de non sentirse comprendido e/ou enganado,
- imposibilidade de ventilación emocional,
- inhabilidade de peche de asuntos importantes.

Por tanto, non só debemos informar o diagnóstico ou facilitar unha correcta administración do tratamento. Achegar unha boa explicación dos síntomas é clave para reducir a ansiedade, mellorar a calidade de vida e favorecer a participación na toma de decisións.

Dar información non está vinculado a un maior malestar emocional do previo a ser informados. Obsérvase que é falsa a correlación entre a recepción de información e o impacto negativo temido, coa excepción dos doentes que non desexan ser informados por suporlles un dano ou que aceptan as pautas comunicativas de ocultación como correctas.

Centeno e Núñez (1998) constataban que o diagnóstico era revelado só a un 25-50% dos enfermos de cancro; pero, nin sequera, nestes casos a información era sempre directa e inequívoca. Ao redor do 71% dos doentes en fase terminal sospeitaba positivamente ou coñecía a natureza da súa enfermidade. E entre o 16 e o 58% dos pacientes non quere ter información sobre a verdadeira natureza da súa enfermidade.

Respecto das familias dos enfermos oncolóxicos, Morante, Mateo e Tuca (1995), citados por Ruiz-Benítez de Lugo (2007), un 61-73% maniféstanse contrarias a que se informe os pacientes. Este estudo realizouse con 360 familiares de enfermos con cancro e os seus autores concluíron que os parentes rexeitan a comunicación do diagnóstico ao enfermo con máis frecuencia que a poboación xeral. En concreto, o 61% dos parentes non desexaba que o médico informase ao enfermo.

Os estudos tamén sinalan que ás veces, á hora de informar, os profesionais recorrían á familia en primeiro lugar. Consideraban que facelo é equiparable a informar ao doente. Mesmo se dá prioridade ás peticións da familia sobre se informar ou non ao doente, en base á crenza de que esta é a que mellor coñece ao paciente e encárgase do coidado do mesmo, polo cal é a máis axeitada para ser a depositaria da información relevante. É máis, obsérvase tamén que as preferencias de información dos doentes poderían variar en función de como avance a súa enfermidade. Mentres a familia pide máis, o doente pide menos.

O prognóstico adoita ocultarse máis que o diagnóstico; ou ben é revelado de modo inadecuado. Moitas veces os doentes deciden asinar os consentimentos informados sen ler, ou non len os informes que lles dan os seus médicos.

Bermejo et al. (2013) estudaron o grao de coñecemento que tiñan doentes e familiares sobre o diagnóstico e prognóstico da enfermidade terminal, ao ingreso e á alta, nunha unidade de coidados paliativos para cuantificar a existencia de conspiración do silencio. Valoraron 59 doentes cunha media de idade de 76 anos. Ao ingreso, a taxa de descoñecemento do diagnóstico foi dun 14%, do prognóstico un 71%. Á alta, as taxas de descoñecemento do diagnóstico diminuíron ao 8% e de prognóstico ao 57%. En canto ás actitudes: ao redor do 50% dos doentes (ao ingreso e alta) non fala, nega, evita; ao redor do 40% non mostra actitude contraria á información. Un 55% dos familiares (ao ingreso e un 55% dos familiares (ao ingreso e alta) quere protexer ao enfermo e un 35% non mostraron actitude contraria.

Vemos que os estudos sinalan que se van diminuindo as cifras de conspiración de silencio, pero aínda é unha práctica frecuente.

“O prognóstico adoita ocultarse máis que o diagnóstico; ou ben é revelado de modo inadecuado”.

5 | Por que se empezou a ocultar diagnóstico e prognóstico en medicina?

É unha crenza amplamente estendida e é fácil ouvir que: “a ignorancia dá a felicidade”. Relaciónase o coñecemento coa tristeza ou a desgraza. Xa desde a Xénese expóñense os problemas de probar os froitos da árbore prohibida: o do coñecemento. Deus dille ao home que el pode comer a froita de calquera árbore no xardín exceptuando o do coñecemento do ben e do mal. Advírtelle de que se come del, morrerá. Por tanto, esta é a árbore da morte. Ao comer da árbore o maior coñecemento adquirido foi a capacidade moral e os seres humanos comezaron a xulgar se os feitos eran bos ou malos e déronse conta das consecuencias dos seus actos. Claramente, relaciónase o coñecemento coa desgraza (expulsión do paraíso) e do “darse de conta” (Xénese 3, 7-13) e desde, entón ocultar (tapar a nudez, vestila, falseala...) aparece como un acto de coidado e amor, un “engano benevolente” para protexer.

Focalizando na relación médico-doente, desde a antigüidade clásica, a falta á verdade estaba xustificada no modelo paternalista. Toda a potestade da información pertencía ao médico. Na *República* de Platón lemos: “realmente a mentira é algo que, aínda que de nada serve aos deuses, pode ser útil para os homes a maneira de medicamento, está claro que unha semellante droga debe quedar reservada aos médicos”.

No Renacemento xorde a ciencia e a filosofía moderna, producíndose nesta última un xiro cara á pregunta pola propia conciencia.

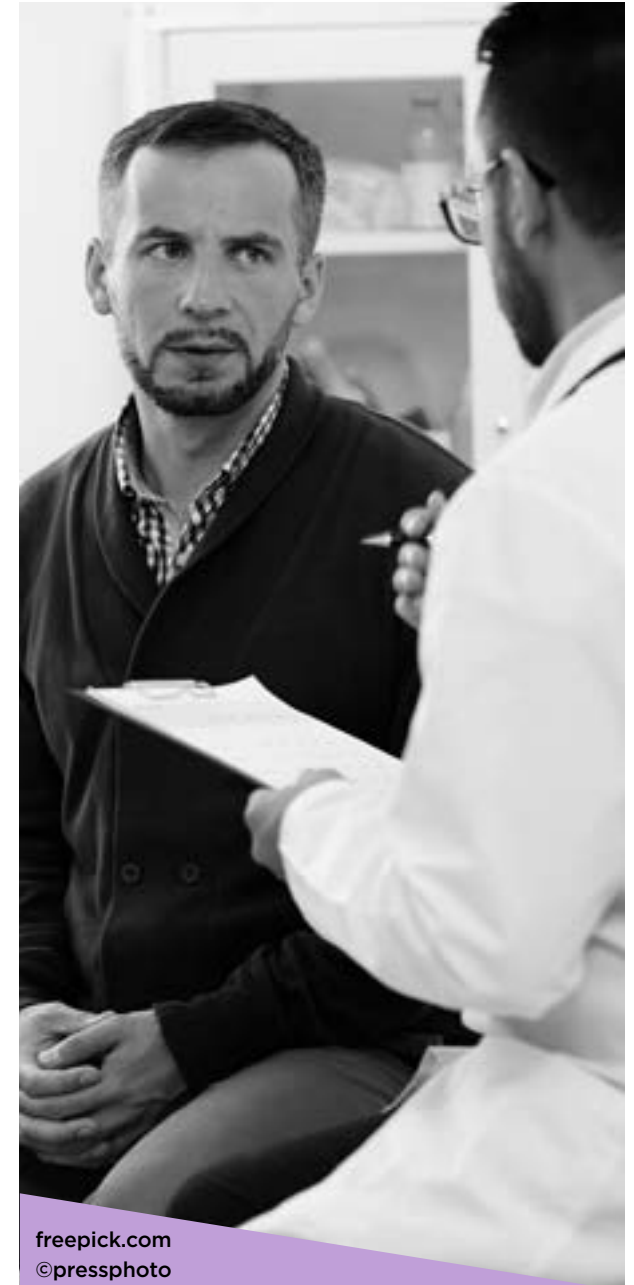
Rodrigo de Castro no seu libro *Médicus Políticus* (1614), considera dun modo absolutamente serio: “Se o médico pode enganar o doente polo ben da saúde deste”. Considera que ocultar a verdade non constitúe unha mentira e, por iso, o médico pode absterse de revelar por completo a verdade, pero só se actúa con boa intención, para axudar o paciente e non o fai por avaricia [...] Con todo, en principio, ao doente “de espírito forte deberíase dicir a verdade no momento oportuno, con delicadeza e sen causarlle prexuízo”.

Os novos descubrimentos científicos que teñen lugar nos anos do Renacemento supuxeron un xiro radical sobre o concepto de verdade. A nova ciencia obrigaba a descartar a existencia de verdades reveladas, que postulaba a teoloxía dominante. Ao abrir paso a un coñecemento entendido como científico a experiencia e a razón, desde entón, asumen o rol de guía nas nosas sociedades contemporáneas.

Sobre a denominada comunicación da verdade aos doentes tamén se produciu un cambio moi significativo. Percival publicou en 1803 *Medical Ethics; or a Code of Institutes and Precepts, Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons*, no que comenta sobre a comunicación da verdade aos doentes:

Que se os homes non consideran un agravio o ser enganados, entón non hai delito no falso discurso sobre as devanditas cuestións [...] este engano benéfico ... pode reconfortar os espíritos lánguidos dos enfermos... sería un erro flagrante e insensible revelar a verdade... Suspéndese provisionalmente o seu dereito á verdade, mesmo se aniquila este dereito; debido á anulación da natureza benéfica deste dereito, sería sumamente prexudicial para el mesmo, para a súa familia e para o público.

A actitude de Percival é non comunicar ao doente o diagnóstico ou prognóstico cando este é relevantemente grave ou infausto. Percival introduce o concepto de prudencia na comunicación do diagnóstico e o prognóstico aos doentes, mais se temos en conta como a verdade se converte en certeza e esta obedece á probabilidade.



freepick.com
©pressphoto

6 Cando cambiou isto? Aparece a conciencia, e o coñecemento científico e a incerteza.

No século XIX e até a primeira metade do XX, terá lugar unha ampla disputa entre os paternalistas e os que cren necesario comunicar aos doentes toda a verdade, aos que denominamos autonomistas.

En España, Gregorio Marañón no seu libro *Vocación y ética y outros ensaios* (1947), dicía:

Mais se a vida, en xeral, inclina á mentira que non será cando un sentimento piadoso empúxanos ademais a ela, como no caso do médico! O amigo meu que viviu sen outra preocupación que dicir sempre a verdade, adoitaba fulminar as súas máis atroces anatemas contra os médicos, disimuladores perpetuos da realidade. Pero claro é que sen ese disimulo, lexítimo e santo, para nada servirían os soros máis exactos e as operacións cirúrxicas máis perfectas. Algunhas noites, ao terminar o meu traballo, pensei o que tería pasado se a todos os enfermos que desfilaron pola clínica lles tivese dito rigorosamente a verdade. Non se necesitaría máis para compor a peza máis horrible do Gran Monicreque. O médico, pois, digámolo heroicamente, debe mentir. E non só por caridade senón por servizo á saúde. Cantas veces unha inexactitude, deliberadamente imbuída na mente do enfermo, benefíciailo máis que todas as drogas da Farmacopea!

Como acabamos de ler, no contexto paternalista, expónse o manter o moribundo na ignorancia do seu estado, así de modo correlativo á privación do saber, xorde o temor á morte.

Na novela *La muerte de Iván Ilich* (1886) de León Tolstoi, expónse que o principal tormento do enfermo é a mentira, a mentira de que “só” está enfermo, negando a percepción de gravidade do protagonista. Deste xeito a morte faise tabú, cuestión individual e privada. Imponse a idea de que é mellor non darse conta, non saber e téndese ao encubrimiento coa idea de previr a desesperanza. Crese que o feito de saber repercutirá negativamente e chegamos á conspiración do silencio, onde, ante o maior problema da vida dun ser querido, deixámolo só.

Na segunda metade do século XX, terán lugar dous feitos:

- a) a evolución científico-técnica e con iso a posibilidade de ser copartícipe do proceso ao poder elixir entre diferentes opcións,
- b) o paso a ser a información médica un dereito dos doentes (caso Berkey contra Anderson, 1969).

Isto fará que a tendencia se inverta e progresivamente se pase a pensar que a comunicación da información médica non ha de ser modulada polo profesional médico de maneira exclusiva senón a ser un dereito esixido polo doente, se así o cre conveniente. O coñecemento moderno incorpora o concepto de falibilidade e, o de incerteza. O medicamento empeza, pois, a traballar en condicións de incerteza. A verdade deixa así paso ao concepto de certeza. A certeza é o estado subxectivo de seguridade en que se atopa o suxeito cognoscente respecto dalgún dos seus coñecementos. Este estado subxectivo de seguridade contraponse aos estados de dúbida, opinión e crenza.

Así mesmo, en medicina, a introdución dos métodos cuantitativos, cuxo razoamento último é probabilístico, supuxo un achegamento distinto á verdade. Unha verdade cambiante e sempre inalcanzable na súa totalidade, á que a probabilidade como método, e a estatística como ciencia que a estuda, permiten un novo achegamento.

Se a información pasa a ser falible e un dereito do doente; entón, respectar a súa dignidade e valores como persoa implica contar con ela, aínda que non esteamos de acordo. Infantilizamos ao outro cando lle ocultamos a información sobre a súa saúde, cando minimizamos, terxiversamos, dulcificamos, adaptamos, disimulamos. Contámoslles un “conto” como facemos cos nenos cando abordamos temas que en realidade o que deixan en evidencia é que, moitas veces, o que pasa é difícil de abordar para o que está a falar. Negar a morte, negarse a falar dela é perverter un dos fins da medicina. Esta é unha das negacións sobre as que opera a conspiración de silencio.

Resultado dunha investigación liderada por Daniel Callahamy patrocinada polo Hastings Center recollida no documento *Los fines de la medicina* (1996), expónse que :

En toda vida humana chegará un momento en que un tratamento de soporte vital será inútil; chegarase ao límite absoluto das capacidades da medicina. Por tanto, a xestión humanitaria da morte é a responsabilidade final, e probablemente a máis esixente desde o punto de vista humano, do médico, que está obrigado a recoñecer no seu doente tanto o seu propio destino como as limitacións inherentes á ciencia e arte do medicamento, cuxos obxectos son seres mortais, non inmortais, máis tarde ou máis cedo, a morte é, como foi sempre, o resultado inevitable mesmo do mellor tratamento médico.

A revisión dos fins da medicina está dirixida a crear unha medicina máis humana, máis atenta ao discorrer da existencia concreta das persoas sen abandonar a excelencia técnica. Pero, ás veces, é o propio desenvolvemento técnico o que entorpece a comunicación e crea barreiras. En palabras do médico arxentino Alberto Agrest (2008):

“A medicina é hoxe máis científica... Máis xurídica pero máis medorenta, máis preocupada polo consentimento - un documento- que pola información que esixe comprensión e comunicación... Máis preocupada por cometer o menor erro posible que por obter o maior beneficio probable para o enfermo... É certo, a medicina é hoxe máis científica, máis ética, máis xurídica, máis económica, máis organizada e máis controlada... pero é menos medicina. O desexable é que a medicina sexa máis sen ser menos.”

“O mecanismo de defensa asociado aos pactos de silencio é a negación, se non o nomeo, se non falo diso, non aparece, non existe”.

7 Aquí e agora, que atopo na miña práctica? As verdades das mentiras e as mentiras das verdades.

O meu ámbito de traballo é a interconsulta e xeralmente a sombra que aparece e que non se quere nin mirar nin nomear, é a da morte; a limitación que supón a morte é mala de afrontar e moito máis se nos toca preto.

Ás veces, cando falo cos doentes e familias non está claro se é negación, ou máis ben unha evitación, ou un rodeo do obstáculo. Isto implica que un sabe onde está o obstáculo a rodear. É lícito, é unha maneira do ser humano de tentar “gañar tempo” para ver que facemos con este obstáculo que avaliamos como excesivo e ao que non nos queremos ou non sabemos afrontar. Unha maneira de facer isto é non ler un informe de alta ou non preguntar que significa unha palabra. Como me dixo un doente: “a min non me dixeron que teño, di que unha neoplasia, pero eu iso non se que é”. É dicir, o mecanismo de defensa asociado aos pactos de silencio é a negación, se non o nomeo, se non falo diso, non aparece, non existe. Isto remite á idea do poder creador da palabra, e ao pensamento máxico-supersticioso do que, en Galicia, sabemos moito. Creo que é moi importante o contexto cultural. O galego segue temendo á Santa Compañía. Todos sabemos que hai que vitala, escapar e, se pasa por diante, non hai que mirala para que non te sumen a esa procesión de mortos. O silencio e mirar para outro lado é o que protexe, e iso mesmo levámolo aos ámbitos e ás conversacións sanitarias.

Na teoría, moito se avanzou nos últimos 50 anos. Desde o enfoque paternalista pero profundamente comprometido co doente de Gregorio Marañón, a un enfoque máis autonomista e defensivo de práctica sanitaria. Pero as crenzas e as emocións como o medo, teñen outros tempos.

Falar pode ser difícil, e máis sobre emocións. Ademais, todos sabemos que por falar non deixa de existir o problema; o temor é non saber que facer tras facer algo explícito. En palabras dunha doente que vin esta semana:

“Por contarllo aquí a vostede, non vai cambiar nada, e tampouco porque ela (a súa nai con cancro) saiba o que pasou (non lle puideron resear o tumor en quirófano). Mellor que crea que vai todo ben- Estou satisfeita con terllo ocultado, faríao outra vez. O malo é cando ela deixe de sentirse mal, iso dáme medo. Doulle voltas e non me sae da cabeza.”

Mentres escoito, moitas veces penso que se ao longo da vida facemos distintas narrativas sobre nós mesmos, ao final do camiño tamén axuda poder facer unha, e iso require ter tempo e información.

Falar non é doado, pero estar calado tampouco. Como di unha amiga: “tanto estudar, para logo estar calado”. Na miña experiencia, pode ser unha das tarefas máis difíciles de aprender nesta profesión. Estar, escoitar e non saír correndo, que é o que ás veces xera estar preto da tolemia, a enfermidade grave e a morte, sen que iso

nos leve a baduar, nin a unha charla oca rechea-espazos e produto da angustia que non tolera o baleiro.

Creo que a pericia clínica consiste en diferenciar cando intervir e como facelo, e cando estar calado e “facer-nada”, é dicir, non-intervir que en palabras de Colina en *Sobre la locura* (2013) é: “como unha pericia contemplativa que provén da capacidade de estar en silencio, de non facer nada, (...) sen que iso signifique estar cruzado de brazos senón comprometido profundamente no esforzo”. Estar aí co doente, cando non se sabe que facer nin que dicir: aprender a non facer nada, evitar o sufrimento na medida do posible.

Moitas veces, un cala porque non se sabe que dicir, ou teme facer. “Se non vas mellorar o silencio entón cala!”. Porque a palabra ten esa dualidade, e como expón Platón no banquete, é fármaco: “pode ser á vez veneno ou remedio (solución)”.

O fármaco, é a dialéctica: Someterse á procura mutua, buscar o coñecerse a si mesmo mediante o rodeo e a linguaxe do outro. O Fedón define a filosofía como preparación para a morte... “Non hai violencia onde existe o conflito, hai violencia onde se nega o conflito” ... ensinar a falar, a dialogar, desprazando o seu medo ou o seu desexo. ... Semellante operación non resultaría posible se o fármaco-logos non acubillase en si mesmo esa complicidade de valores contrarios, e se o fármaco en xeral non fose, antes de toda discriminación, o que, dándose como remedio, pode corromper (se) en veneno, ou o que dándose como veneno pode resultar ser remedio, pode aparecer despois de administrado na súa verdade de remedio.

Derrida, 1997, p. 189

8 Entón... Que facer ante os pactos de silencio? Por que falar? Hai que romper os pactos de silencio?

“As mentiras, enchen as insuficiencias da vida... Os homes non viven só de verdades, tamén lles fan falta as mentiras. A ficción enriquece a existencia, complétaa, e transitoriamente, compénsanos desa tráxica condición que é a nosa: a de desexar e soñar sempre máis do que podemos realmente alcanzar... Porque xogamos ás mentiras, ...é unha maneira de afirmar a soberanía individual, e de defendela cando está ameazada, de preservar un espazo propio de liberdade.

Vargas Llosa, 1990, *La verdad de las mentiras*.

Depende. Pero non depende de nós ou das nosas ideas e opinións, senón de quen teñamos diante, é de dicir, do outro/s e as súa/s circunstancia/s. Ás veces, o doente non quere (dereito legal); ás veces, non pode; ás veces, non lle vai a achegar nada. É fundamental valorar os recursos que se teñen diante, entre eles o tempo, antes de facer dano (*primum non nocere*).

Tamén hai pactos de silencio cun mesmo. Non nolo dicimos todo. Nin sabemos “todo o que sabemos”; ás veces, eliximos non saber. En palabras do refraneiro: “non hai mellor cego que o que non quere ver”. A parte mala disto é cando é o medo o que non deixa falar (ver), ou faltan recursos para saber como facer ou como pensar, como nomear, como falar... Non nomear fai que exista menos?

A palabra crea realidades, porque permite pensalas e nomealas, pero a dor non é menor por faltar palabras; ao revés, en ocasións, as palabras poden aliviar, liberar e deixala saír.

Non somos todos iguais, por iso algunhas persoas son de falar, outras de calar; a maioría dicimos que non queremos saber cando morrерemos, mais tamén sabemos que será algún día. Quizais ao final é importante ter conversacións que importen, porque o tempo pasado (con) crea lazos. Pero iso non significa falar de modo explícito. De feito, case a metade das persoas ao final da vida, adoptan unha actitude de negación ante a súa enfermidade, non falan, evitan e parece que non queren máis datos. Mesmo se fantasea co futuro.

Coas nosas circunstancias facemos o que podemos. Reformulamos: “o meu é un crecemento anormal das células, non un cancro”. Modificamos, parcializamos ou externalizamos: “o que Deus mande”. Pactamos: “mentres chegue á comuñón da miña neta”. Facemos silencios...

Pero o problema é que é imposible non comunicar; tamén calar, “comunica”. Lembremos o primeiro axioma da teoría da comunicación de P. Watzlawick (1967): “É imposible non comunicar”. Todo comportamento é unha forma de comunicación.

Lembremos que o desexo de non saber, é unha das paixóns humanas segundo Lacan, e por iso pode estar presente tanto no paciente como no profesional. Ten que ver coa necesidade do ser humano de fuxir fronte á constatación dolorosa que nos confronta cos nosos propios límites como son a morte e a enfermidade.

9 Estratexias de prevención, de intervención e de manexo.

“Non sería mellor dar á morte, en realidade e nos nosos pensamentos o lugar que lle corresponde?... Se queres soportar a vida, prepárate para a morte.”

Freud, 1915, *De guerra y muerte*

Hai doentes que reclaman os seus dereitos e outros que están conformes coa ocultación. Segundo, D. Graza (2001): “dicir a verdade sempre e en toda circunstancia é irresponsable”. Ante o conflito entre o principio de autonomía e o de beneficencia, a opción óptima seguramente se sitúe na prudencia dun discurso intermedio, usando o diálogo e a deliberación. escoitando e respectando os desexos do doente e da súa familia.

Non existen enfermidades senón enfermos e a comunicación é unha das ferramentas clave para diminuír a incerteza e o sufrimento, aumentando a sensación de control sobre a propia vida. Informar axeitadamente esixe integrar os coñecementos sobre a enfermidade, con atención ás emocións que se xeran (como a negación e a ambivalencia) e que están presentes en doentes e sanitarios. Os temores fronte á morte están na orixe da ambivalencia de sentimentos e as nosas dificultades non resoltas.

Aceptar isto supón pensar na importancia da personalidade e investigar a súa demanda individual para poder transmitir a información axeitada, axustada, clara, segundo necesidades e non por imperativo legal. Debe ser unha verdade comprensible, adecuada e que axude a tomar decisións. Ademais, debe ser un proceso gradual, continuado e plasmado, en ocasións, nun documento. Os estudos indican que a información e a explicación das malas noticias, por duras que sexan, se hai unha adecuada comunicación, reduce psicolóxicamente a magnitude da enfermidade e os seus síntomas e permite unha adecuada ventilación das emocións.

Hai que lembrar que a verdade ás veces doe, pero o engano pode doer aínda máis; así, co desexo de protexer, podemos xerar dificultades aínda maiores. Como, por exemplo, o feito de negar a oportunidade para reorganizarse e adaptarse á última etapa vital.

Para previr, recoméndase sentar unhas adecuadas bases da comunicación desde o comezo:

- O doente é o dono da información, el decide que persoas da súa contorna poden coñecela.
- Explorar a conciencia de gravidade da enfermidade e as necesidades de comunicación coa súa familia e achegados.
- Valorar o que intúe e sabe da súa situación tanto como a súa necesidade de compartila preguntar canta información ten da súa enfermidade, que pensa dela, e que lle gustaría saber (verdade soportable).

Entendemos por *verdade soportable* a cantidade de información que os pacientes queren, precisan e demandan ter; así como, ao proceso de adaptación da comunicación segundo as características do propio doente (Peiró e Sánchez, 2012).

Hoxe por hoxe, a palabra “verdade” na relación médico-doente non equivale ao concepto científico de certeza ou ao metafísico de verdade absoluta, senón ao valor de confianza entre médico e doente. A información que se está dando no ámbito sanitario é con frecuencia “parcial”, nun intento de xestionar as dificultades que se presentan. Pero isto pode non ser o máis axeitado; se por riba, non se están tendo en conta ao doente e os seus desexos.



unsplash.com
©kj2008

Para empezar a abordar os pactos de silencio primeiro habemos de identificalos. Asegurarnos que coñecen o diagnóstico e prognóstico, Logo, explorar e validar as razóns (sen xulgalas), sinalizar a habitual intención ou motivación positiva que hai nos familiares, analizar as repercusións que a situación terá no paciente e na propia familia, establecer o custo emocional para o familiar, ofrecer axuda sobre como comunicar malas noticias, explicar a necesidade de coñecer os desexos do doente e priorizalos. Anticipar posibles reaccións e insistir na capacidade do doente para afrontalo cos seus apoios, asegurando que non se lle dirá nada ao doente que este non desexe coñecer e que haberá unha atención continuada e apoio ata o final.

Para realizar este traballo é importante escoitar máis que argumentar, acoller o seu sufrimento, explorar os seus temores, recoñecer os seus desexos e motivos para ocultar, facilitar o desafogo emocional e evitar reproches. Mostrarse empaticamente comprensivo coas opinións da familia e recoñecerlles como expertos “no seu familiar”; aínda que esta situación sexa nova para todos.

Sinalar a confusión que xeran as mensaxes opostas: por unha banda o “todo vai ben” e por outro, o propio organismo que transmite que “non melloro” ou que “cada día vou peor”. Ou a mensaxe da contorna de “non pasa nada” e á vez “non me separo do teu lado”. Ir permitindo aflorar unha idea do doente máis global, máis forte e con menor vulnerabilidade que a que sente e que axude a ter unha imaxe de si mesmo máis capaz.

Aliñarnos como equipo coa familia e situar o obxectivo en reducir o sufrimento, facilitar o benestar e sopesar conxuntamente o custo do silencio para todos. Ser comprensivos supón darse conta de que é difícil o papel ao que se enfrenta a familia. Recoñecer que teñen que lidar coa súa angustia e dor, á vez que atender física e emocionalmente ao seu familiar, ademais de manter o funcionamento cotián.

Hai varios temas a ter moi presentes, un é o do tempo: a cantidade de tempo que queda para prepararse para a morte do familiar e a calidade dese tempo. Compartir, como poder encarar e pechar temas e como prepararse para o dó e supervivencia posterior.

Outro tema que encadra todo isto, é o da cultura que a cada un nos rodea. O coñecemento da morte e do proceso de morrer provén do transmitido culturalmente e das experiencias previas vividas, vistas e ouvidas. En Galicia, a morte, está cargada de mitos, lendas e supersticións (Santa Compañía, San Andrés de Teixido...) e dentro dese marco, están os construtos persoais que cada un desenvolvemos (ideas, valores, actitudes, crenzas..), e que poden non coincidir ou mesmo chocar cos doutras persoas.

“Aliñarnos como equipo coa familia e situar o obxectivo en reducir o sufrimento, facilitar o benestar e sopesar conxuntamente o custo do silencio para todos”.

O SEGREDO NECESARIO: FUNCIÓN DO SEGREDO NA ADOLESCENCIA

Marta González Rodríguez

PSICÓLOGA CLÍNICA, CENTRO TERAPÉUTICO DE MENORES CHAVEA, VILAGARCÍA DE AROUSA.

✉ marta.glez.riguez@gmail.com

RESUMO: Prestóuselle moita atención ás consecuencias negativas do segredo para a saúde e o benestar psicosocial. Pero o segredo ten unha función significativa no proceso de individuación e de autonomía emocional claves na adolescencia. As relacións paterno-filiais deben reaxustarse para responder as necesidades crecentes de privacidade do mozo e posibilitar a adquisición dunha identidade diferenciada que permita unha boa entrada no mundo adulto.

PALABRAS CLAVE: segredos, reserva, adolescencia, autonomía emocional, individuación.

ABSTRACT: Much attention has been paid to the negative consequences of secrecy for health and psychosocial well-being. But secret has a significant function in the process of individuation and emotional autonomy key in adolescence. Parent-child relationships must be readjusted to respond to the growing privacy needs of the young person and enable the acquisition of a differentiated identity that allows a good entry into the adult world.

KEY WORDS: secrets, self-concealment, adolescence, emotional autonomy, individuation.

SUMARIO:

- 1 Introducción.
- 2 Segredo: definición.
- 3 A xénese do segredo: perspectiva evolutiva.
- 4 Matices... Privacidade e segredo.
- 5 Afinando: o segredo e o proceso de individuación.
- 6 O que calan e o que desvelan (cando deciden facelo).
- 7 O segredo na era dos nativos dixitais.
- 8 Conclusión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Descoñecido (2013). Un diálogo entre Zygmunt Baumann y David Lyon- El fin del anonimato: lo que los drones y Facebook tienen en común. Recuperado en www.ssociologos.com

Dietvorts, E., Hiemstra, M., Hillegers, M.H. e Keijers, L. (2018). Adolescent perceptions of parental privacy invasion and adolescent secrecy: an illustration of Simpson's Paradox. *Child Development*, 89(6): 2081-2090.

Elzo J. (2000). *El silencio de los adolescentes. Lo que no cuentan a sus padres*. Madrid: Temas de Hoy

Finkenauer C. e Rimé B. (1998) Keeping emotional memories secret: Health and well-being when emotions are not shared. *J. Health Psychol.*, 3: 47-58.

Finkenauer, C.; Engels R. C. e Meeus W. (2002). Keeping secrets from parents: advantages and disadvantages of secrecy in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 31 (2), 123-136.

Flitner, E. e Valtin, R. (1984). I won't tell anyone: on the development of the concept of the secret in schoolchildren. *Education*, 35: 46-59

Hunter, S. B., Barber, B. K., Olsen, J. A., McNeely, C. A., e Bose, K. (2011). Adolescents' self-disclosure to parents across cultures: Who discloses and why. *Journal of Adolescent Research*, 26(4), 447-478.

Ichiyama, M.A., Colbert, D., Laramore, H., Heim, M., Carone, K. e Schmidt, J. (1993). Self-concealment and correlates of adjustment in college students. *J. Coll. Stud. Psychoter.* 7: 55- 68.

Keijers, L. e Laird R.D. (2010). Introducing to especial issue. Careful conversations: Adolescents managing their parent's access to information. *Journal of Adolescence* 33: 255-259.

Kelly, A. (2002). *The Psychology of secrets*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Laird, R.D. e Marrero, M.D. (2010). Information Management and behaviour problems: is concealing misbehaviour necessarily a sign of trouble? *Journal of Adolescence*, 33:297-308.

Larson, D.G. e Chastain, R.L. (1990). Self-concealment: Conceptualization, measurement, and health implications. *J Soc. Clin. Psychol.* 9:439-455.

López, A.M. e Castro A. (2007). *Adolescencia: límites imprecisos*. Madrid: Alianza Editorial.

Mahler, M.S., Pine, F. e Bergman, A.(1975) *The psychological birth of the human infant*. Nueva York: Basics Books.

Munguía, S.S. (2014). Lexicón etimológico y semántico del Latín y de las voces actuales que proceden de raíces latinas o griegas [incompleto] (Vol. 58). Bilbao: Universidade de Deusto.

Petronio (2002). *Boundaries of privacy: Dialectics of disclosure*. Albany, N.E.: State University of New York Press.

Sibilia, P. (2012). *La intimidad como espectáculo*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica.

Smetana J.G., Metzger A., Gettman D.C. e Campione-Barr, N. (2006). Disclosure and Secrecy in Adolescence-Parent Relationships. *Child Development* 77:201-217.

Steinberg, L. & Silverberg, S.B. (1986). The vicissitudes of autonomy in early adolescence. *Child Dev.* 57: 841-851.

Van Manen, M. (2010). The pedagogy of Momus technologies: Facebook, privacy, and online intimacy. *Qualitative health research*, 20(8): 1023-1032.

Van Manen. M. e Levering B. (1999). *Los secretos de la infancia. Intimidad, privacidade e identidade*. Bos aires: Paidós educador.

1 | Introducción

“O meu fillo/a cóntame todo”. É escoitar esa frase e pónseme a pel de galiña. Aínda que a persoa o diga cun sorriso e a moza ou o mozo que está á beira luza idéntico sorriso a xogo. Hai algo que me renxe por dentro. É case fisiolóxico. Quizais mesmo máis por ese beneplácito do adolescente sobre a onmisciencia paterna.

E é curioso, porque desde a Psicoloxía falouse amplamente dos beneficios dunha boa comunicación intrafamiliar e das consecuencias negativas do segredo para o benestar emocional.

O segredo e as súas consecuencias negativas foron amplamente estudados en adultos. Comunmente asociouse o segredo á necesidade de esconder ou ocultar algo e asociouse a tendencia a gardar segredos con queixas físicas e depresión. Asumiuse que o feito mesmo de ter un segredo funciona como un estresor interno (Larson e Chastain, 1990). Finkenauer e Rimé (1998) atopan maiores queixas físicas naqueles que gardan segredos emocionais fronte aos que non o fan. Ademais hipotetízase que o segredo ten desvantaxes de tipo social, como a soidade. Algúns autores atoparon que a tendencia a manter secretos correlaciona coa timidez en universitarios (Ichiyama e cols., 1993).

Os resultados en adultos suxiren que as desvantaxes a nivel físico, psicolóxico e social do segredo son substanciais. E esas desvantaxes foron asociadas ao feito mesmo de gardar un segredo, independentemente do tipo de segredo en si.

En adolescentes relacionouse a reserva na súa relación cos seus pais con delincuencia ou problemas emocionais. A investigación actual parece sinalar que a revelación voluntaria pode influír, e verse influenciada, por problemas de conduta tanto internalizantes como externalizantes (Keijers e Laird, 2010), tanto ou mesmo máis que as condutas parentales de supervisión.

Pero isto é sempre así? Sen variacións evolutivas? Sen variacións de grao? Ten que ser sempre un franco e sincero?

Non. No noso campo (non sei se nalgún outro...) non existen verdades absolutas, non ía ser o segredo unha excepción.

A comunicación paternofamiliar presenta variacións e os fillos manteñen segredos, á vez que comparten información cos pais, facendo un manexo da información que consideran persoal. Os mozos escollen abrirse voluntariamente, mentir, facer revelacións parciais, omitir detalles, evadir o tema ou só revelar información se se lles pregunta directamente. E o coñecemento que os pais teñen das actividades dos seus fillos vai depender máis destas estratexias de manexo da información que os mozos usan, que da supervisión que eles fagan directamente (isto, que parece moi lóxico, só recentemente foi tido en conta na investigación). Parece que o nivel de revelación vai diminuindo coa idade. Hai un continuo entre a revelación e o ocultamento total, que ademais se pon en xogo con tipos diferentes de informacións e situacións. Para algúns autores o segredo entraría a formar parte das estratexias de ocultamento activo, e este extremo é o que se relaciona coa delincuencia e a ruptura de normas, máis que as estratexias de revelación (Keijers e Laird, 2010). Con todo, non é tan sinxelo, porque a relación entre o axuste psicosocial do menor e as súas estratexias de manexo da información están mediadas pola calidade da relación cos seus pais (Laird e Marrero, 2010).



unsplash.com
©anniespratt

Doutra banda, o segredo é unha adquisición evolutiva que vai modificándose segundo o desenvolvemento emocional e cognitivo. A querenza por certos espazos propios aparece xa na máis tenra infancia e faino para cumprir unha función. A privacidade contribúe ao crecemento interno que se asocia coa independencia, a forza persoal e a autonomía positiva. E o segredo ten o mesmo valor potencial para o desenvolvemento formativo. Son partes da súa vida ás que o menor quere e debe enfrontar de forma independente. Ambos os dous, segredo e privacidade, son o camiño para a competencia interna (Van Manen e Levering, 1999).

Empecemos debullando o termo para ir vendo os seus matices con detemento.

2 | Segredo: definición

A palabra segredo deriva do vocábulo *Sêcrêtus*, que en latín significa: “separado, apartado; particular, especial; distinto” (Munguía, 2014).

Na súa primeira acepción “*separado, apartado*”, faise patente a súa calidade interpersonal. Os segredos involucran polo menos a dúas persoas, gardamos segredos de alguén. Os segredos son así interpretacións das relacións humanas. Tanto cando comparto como cando oculto un segredo, estou a relacionarme dalgunha maneira con outra persoa. A experiencia do segredo altera a relación. Ocultamos os segredos das persoas que nos importan. Os nosos primeiros segredos adoitan ser aos nosos pais ou irmáns e, por iso, podemos sentir certa ansiedade de separación ao pecharnos, pode ser unha experiencia inquietante ou perturbadora.

Pero tamén é con quen nos importa que compartimos os nosos segredos, reforzando esa relación, esa sensación de pertenza, podendo sentir ambos os que a relación é “particular, especial”. E así nos achegamos, ata fisicamente mesmo, ao compartir un segredo coa persoa escollida para iso (shhhhhhhh).

Pero tamén volverse máis reservado, esconder deliberadamente información desoutros significativos pode supor unha certa rebelión, unha forma de confrontación, unha vía para crear un espazo propio. Porque gardar un segredo para si e non revelalo cambia tamén a relación cun mesmo e permite sentirse “distinto”. Representando así o segredo un papel na adquisición de autonomía e o proceso de individuación que sabemos é a tarefa estrela da adolescencia e mocidade.

Así xa desde a definición, vemos que se nos abren varias portas con respecto á función psicolóxica do segredo. Portas que poden traer “todos os males do mundo” (é o perigo de abrir a caixa de Pandora) e portas que poden abrir camiños para atopar un lugar propio, para establecer límites e diferenzas e, mesmo, para tender pontes entre os outros e un mesmo. Logo quizais si pagaba a pena botar unha ollada con calma nesa caixa.

Van Manen e Levering no seu precioso libro *Los secretos de la infancia* (moi recomendable), expresan estas ideas que acabamos de expor desta bonita maneira:

“o segredo serve tamén aos valores máis esenciais na vida humana. A experiencia mesma do segredo abre posibilidades para a formación do noso ser ou identidade persoal: de vivir outros mundos, de atopar en diante sentidos non explorados, de chegar a unha conciencia interior e a un coñecemento de si mesmo e de desenvolver relacións interpersoais especiais de intimidade e de disimulos que se facilitan ocultando e compartindo segredos con outros.”

“Esconder deliberadamente información desoutros significativos pode supor unha certa rebelión, unha forma de confrontación, unha vía para crear un espazo propio.”

3 A xénese do segredo: perspectiva evolutiva

Os nenos coñecen o concepto de segredo xa dende os 5-6 anos. Pero a súa concepción do mesmo é monadolóxica (Flitner e Valint, 1984). É dicir, un segredo é unha posesión privada, un saber que o neno debe conservar para si mesmo, en canto outra persoa o sabe, deixa de ser segredo. Os límites do segredo coinciden cos límites do eu. O feito de ter un segredo, separa así ao neno dos outros. Os nenos non consideran que o segredo poida ser compartido por varios. Aínda que, paradoxalmente, tampouco eles gardan o seu segredo ben, dado que non teñen grandes reparos en confesar os seus segredos se son minimamente interrogados respecto diso. Isto é así porque, a pesar de que todos coñecen a norma de que os segredos non deben ser comunicados, esa norma é aínda extrínseca a eles no sentido piagetiano do termo. Ademais os nenos aínda non saben que deben ser consistentes a esa idade, iso é algo que se vai aprendendo posteriormente na interacción social.

En canto ao material do seu segredo, a estas idades manteñen o que consideran “o bo segredo”: segredos que non entran en conflito cos adultos que, en certa medida, atópanse baixo a protección do control parental, non implican riscos e non están suxeitos a prohibición. Son fáciles de inventar porque non espertan temor ante o perigo, nin medo ao castigo, nin sentimento de culpa. Implican, por exemplo algún lugar de xogo só por eles coñecido, ou algún xogo inventado. Distinguen entón entre o “bo” segredo e o “malo”. E o bo adoita ser aplicado á esfera do xogo, onde empezan a ensaiar a súa autonomía de modo seguro ao non excluír a comunicación aos pais daquilo que consideran perigoso. O segredo malo teñen clarísimo que debe ser comunicado aos pais, prima o seu dereito a saber. De feito, realmente cren que os pais ten dalgunha maneira a habilidade de ler o segredo nas súas mentes, pola omnipotencia que lles atribúen. Ademais o compartir un segredo cunha figura de autoridade (pai, profesor...) proporciona un sentimento de intimidade psíquica que é precondition para sentirse seguro e evitar a ansiedade de separación que pode provocar o gardar un segredo.

A partir dos 12 anos a obriga de manter o segredo xa se fixo absoluta. Aparece a faceta interpersoal do segredo e prima o deber para co amigo que comparte contigo un segredo, censurando duramente a falta a ese compromiso. De feito, na primeira adolescencia, os temas sobre os que os prepúberes se abren menos aos seus pais teñen que ver cos seus iguais, o que pode estar relacionado con esta función do segredo que aparece nesta etapa. O segredo asóciase agora co prohibido. O segredo cumpre a función de evitar a censura ou o castigo adulto. O segredo entre amigos xurde como o factor de protección fronte ao control adulto. Como relatan Van Manen e Levering (1999), xorden as cuadrillas ou bandas secretas que establecen as súas propias normas e límites, xogan en sitios especiais, lonxe do control adulto e, co xogo, ensaian tamén novos espazos in-

ternos, crean un segundo mundo no que as cousas poden non ser como aparentan. O segredo ten así unha función formativa no sentido de que lles permite ver que as cousas poden ser doutra maneira. E permítelles axexar o mundo adulto.

Posteriormente pode ir perdendo peso esa función defensiva en favor da función reforzadora da amizade, salientase a confianza que o outro deposita en ti. A intimidade prospera no segredo compartido. Con frecuencia, nun círculo de mozos pódese ver como de súpeto un murmura ao oído doutro, no medio dunha conversación con todos os demais, e comparten risas. Moitas veces, o contido do devandito é irrelevante, sendo moito máis significativo o movemento relacional que subliña esa díada como especial dentro do grupo máis amplo. O segredo non ten por qué concernir soamente a cuestións que son persoais e íntimas, pero a experiencia do segredo implica sempre una certa dinámica relacional entre as persoas que os gardan ou comparten segredos unhas con outras. Así, o segredo vincula “cara a dentro” a nivel social. E ás veces gárdanse secretos tamén para protexer relacións, se cremos que esa información pode separarnos ou distanciarnos de alguén que é importante.

En canto a como viven o segredo en relación aos seus pais; os adolescentes máis novos, viven o feito de gardar segredos aos seus pais de forma paradoxal, aínda perciben a súa autoridade como omnipotente, polo que lles pesa o dereito destes a saber sobre as súas actividades. A medida que van crescendo os nenos van perdendo esa percepción dos pais, empezan a velos como persoas como eles, e xorde a idea de que teñen dereito a manter espazos privados e segredos.

O segredo tamén vincula “cara a dentro” limitando a propia individualidade, e así aparece a reserva típica do adolescente: retíranse ao seu mundo interior, ao seu cuarto, os seus pensamentos, a súa música... Necesitan un lugar propio, un espazo de acubillo e seguridade onde retirarse do mundo exterior e atoparse co máis íntimo. Un lugar onde “un pode estar só para converterse nun mesmo” (Van Manen e Levering, 1999). Neste lugar podería caber o que Kant denominaba “reserva ou segredo persoal”, diferenciándoo dos “segredos sociais” (os que outros nos confiaron). Kant vía unha estreita relación entre o ben moral e o feito de ser reservado e diferenciábao da inclinación a ter segredos. Para el, a reserva cos nosos sentimentos persoais preserva a propia dignidade.

Pero quizais, na relación paterno filial os límites entre a reserva e o segredo sexan difusos, á fin e ao cabo, cada persoa na comunicación realiza a súa propia puntuación dos feitos.

Vexamos algunhas notas sobre a diferenza entre privacidade e segredo.

4 Matices... Privacidade e segredo

Mentres que a privacidade leva a expectativa de estar libre de intromisións, o segredo non. É por iso que implica intentos activos para esconder a información, para ocultala, e isto é un dos factores que se considera que están detrás do desgaste emocional.

Doutra banda, unha persoa que quere manter a súa privacidade nega activamente o acceso, non só á área do segredo, senón en xeral ás áreas do persoal, o íntimo e o privado. O segredo define a relación, a privacidade néga. A privacidade limita directamente o acceso que unha persoa ten a outra, limitando así tamén a súa posible influencia. Impide que se viole o dereito ás propias decisións en materias que son íntimas e persoais, impide que os outros interfiran na propia vida. Este é o sentido detrás do típico cartel de “Non pasar” na porta do adolescente. Limita a influencia paterna demarcando o seu territorio, o seu espazo persoal.

Claro que debe ser tamén sinalado que o que unha información sexa considerada privada ou secreta dependerá das expectativas concretas das persoas involucradas sobre que debe ser revelado. Tendo iso en conta, e sabendo que os pais adoitan esperar que os seus fillos revelen máis do que eles cren necesario revelar, temos o terreo abonado para o conflito interaccional. Quizais unha intromisión na intimidade poida estar a provocar que se xeren secretos. Doutra banda, é importante tamén a distinción de grao en canto á reserva. Unha revelación parcial que pode ser considerada polo mozo como suficiente, pode verse como un ocultamento e etiquetarse de segredo por parte dos pais, o que pode acabar en conflito.

A privacidade é a condición para que o segredo xurda, pero está tamén detrás da reserva e da intimidade que conceden ao adolescente ese lugar propio desde o que poder conformarse como persoa diferenciada. Por medio do segredo e da reserva exploramos as fronteiras interpersoais, demarcamos nosa intimidade e definimos as relacións cos demais. Por iso é tan importante que a privacidade sexa respectada, obviamente, coa lóxica proximidade emocional que permita a necesaria supervisión para dar resposta ás necesidades infantís que aínda coexisten (protección, dependencia, seguridade...).

5 Afinando: o segredo e o proceso de individuación

“Ningún pode converterse en persoa sen antes liberarse da familia, do clan, sen facerse consciente da súa propia individualidade.”

Paul Tornier (citado por Van Manen e Levering, 1999).

Como dicíamos, a maior parte da investigación centrouse nas consecuencias negativas de manter segredos, prestóuselle moita menos atención aos seus potenciais efectos positivos. Pero si se destacou que pode contribuir á individuación xa desde a infancia e na tarefa clave de adquisición de autonomía emocional na adolescencia (Steinberg e Silverberg, 1986, Dietvorst e cols., 2018).

É durante o proceso de individuación que conseguimos desenvolver un *self* autónomo (Finkeauer e cols., 2002). Describiuse que este proceso ten dous picos. O primeiro ocorre na nenez temperá, o neno pasa de sentirse funcionalmente unido aos seus pais a establecer límites entre o si mesmo e os demais. Este primeiro proceso finaliza entre os 3-5 anos de idade (Maler e cols., 1975). O segundo pico de individuación ocorre na adolescencia (Blos,



unsplash.com
©delece

1979). Os mozos e mozas deben renunciar á dependencia paterna para establecer e consolidar as súas capacidades de autorregulación e autodeterminación (Steinberg e Silverberg, 1986). A medida que van crescendo, vólvense menos dependentes dos seus pais, vai gañando importancia o grupo de amigos para o soporte social, deixan de ver aos seus pais de forma idealizada e empezan a interactuar con eles como “persoas”, non só como pais. Van gañando autonomía emocional. Este proceso, mediante o cal o mozo vai adquirindo sentimentos e pensamentos propios, de forma diferenciada, é clave para que o adolescente poida entrar no mundo adulto; se non fose capaz de lograr esta adquisición manteríase nunha posición regresiva de dependencia infantil. Xorde entón o desexo de intimidade, de manterse el, as súas opinións, as súas actividades e os seus proxectos á marxe dos adultos. No seu esforzo por lograr unha madurez persoal fóra da influencia paterna, o adolescente empéñase en demostrar que actúa en por si e que a opinión dos seus pais queda nun segundo plano. E é neste espazo propio onde cumpre unha función o segredo (Van Manen e Levering, 1999). Vólvense máis reservados, ou non contan as súas actividades, necesitan un espazo propio onde diferenciarse e definirse.

A emerxencia da capacidade para usar o segredo e o engano é comunmente considerada como un indicador do sentido do si mesmo do neno, porque reflicte a súa habilidade para tomar a perspectiva doutra persoa e diferenciar entre o si mesmo e os outros. Os nenos pequenos adoitan ter segredos sobre posesións (mascotas, obxectos, lugares...), acentuando a diferenza entre o *self* e os outros polo feito de ter algo que o outro non posúe. O segredo parece funcionar como unha ferramenta que os nenos poden usar para practicar a establecer separacións e diferenciarse dos outros. Ademais, para manter un segredo, necesítase autocontrol (para evitar que “se che escape”) e capacidade de elección persoal (para decidir se revelar ou non a información a outros, decidir que llo conto ao meu amigo, pero non á miña nai...), ambos os dous indicadores do desenvolvemento do *self* e de autonomía.

Na adolescencia, o segredo cumpriría a importante función de axudar ó adolescente a sentirse máis independente dos seus pais e practicar a súa autonomía (Finkeauer e cols., 2002). mantendo un segredo, o adolescente metaforicamente crea unha fronteira entre os seus pais e el. Fronteira que el regula revelando ou ocultando a información. Esta autorregulación achégalle un sentido de autodeterminación e independencia dos seus pais. E proporciónalles unha oportunidade de liberarse da supervisión paterna e conseguir privacidade para consolidar a súa identidade.

“Para manter un segredo, necesítase autocontrol e capacidade de elección persoal, ambos os dous indicadores do desenvolvemento do self e de autonomía”.

6 O que calan e o que desvelan (cando deciden facelo)

As primeiras investigacións sobre autorrevelación puñan máis o foco nas condutas parentais de supervisión como forma de ter acceso á información sobre as actividades dos seus fillos. Pero, tendo en conta que a medida que os adolescentes pasan cada vez máis tempo fóra de casa, teñen moitas máis oportunidades para manexar a información sobre o que fan no seu tempo libre, onde van, con quen... Aumenta a súa capacidade para manter segredos e para tomar as súas propias decisións sobre que e como contar aos seus pais. Polo que, en realidade, o que os pais saben sobre eles depende máis do que eles queren que saiban, que das estratexias de supervisión paternas. Por iso, na actualidade, a investigación céntrase máis nas estratexias activas de manexo da información por parte dos adolescentes.

Os adolescentes elixen revelar ou ocultar información por diferentes motivos, incluíndo intentos de afirmar o seu poder ou manipular aos seus pais, evitar a desaprobación paterna (e as consecuencias emocionais e condutuais da mesma), gañar autonomía, ou porque cada vez consideran máis que algúns aspectos da súa conduta

son privados e cren que é inapropiado compartilos cos seus pais (Smetana e cols., 2006). Os mozos rexeitan a autoridade dos seus pais para regular asuntos persoais que consideran que non son perigosos, que implican ó seu propio corpo, ós seus sentimentos privados e eleccións relativas a estilos na moda ou a actividades recreativas. Ou sobre temas sobre os que consideran que simplemente non lles escoitarán ou non lles entenderán (non irán a ningún lado falando cos seus pais, non servirá de nada).

Este rexeitamento a lexitimar a autoridade paterna e os seus reclamos sobre a súa propia xurisdición en asuntos persoais suxire que os mozos e as mozas están a reafirmar a súa área privada e realmente cren que non ten obrigación de falar sobre iso aos seus pais. Pero, como os pais si ven esa autoridade sobre os seus fillos como lexitima, normalmente consideran que os seus fillos ten unha obrigación maior de revelar os seus asuntos persoais que a que os mozos consideran ter. E, ademais, adoitan sobrevalorar o grao de apertura dos seus fillos para con eles.

Con todo, a investigación si atopou certo acordo entre pais e fillos sobre a lexitimidade dos pais para ser informados en cuestións como: asuntos morais (xustiza, dereitos...), asuntos convencionais (normas, modais...) e asuntos relativos á prudencia (que pertencen á seguridade e ao confort persoal ou á saúde). Os mozos si estarían de acordo na súa obrigación de ser abertos nestes temas en casa (Smetana e cols., 2006).

Hunter e cols., (2011) realizan un interesante estudo multicultural cunha fase cualitativa onde entrevistan a 120 mozos de Costa Rica, Tailandia e Sudáfrica en relación coas súas razóns para facer revelacións aos seus pais. Sobre eses achados constrúen un cuestionario que aplican a unha mostra de 2.100 mozos e mozas desas mesmas culturas, nunha segunda fase cuantitativa. Ademais de pór o foco directamente nos adolescentes e nas súas propias razóns para abrirse, este estudo ten tamén a peculiaridade de engadir o interesante enfoque cultural para valorar se o estilo parental e as crenzas e estilos de vida asociadas a cada cultura (por exemplo, fomentar a independencia e o individualismo ou, pola contra, valorar máis a interdependencia co grupo familiar), teñen influencia sobre o grao de apertura dos mozos ás súas familias.

Da fase cualitativa, o grupo de Hunter obtén oito grupos de razóns que os adolescentes expoñen para contar as súas cousas directamente aos seus pais sen que eles pregunten:

1. "Aprendín que quere ter esa información".
2. "Sei que me preguntará de todos os xeitos".
3. "Fágoo para que non se preocupe por min".
4. "Fágoo para que poida protexerme de perigos ou problemas".
5. "Síntome mellor comigo mesmo se o fago".
6. "Se son eu o que llo digo primeiro, non terei que contarlle demasiado".

7. "Cando son aberto déixame facer máis."
8. "Só lle conto as cousas que quero que saiba".

Agrupan as razóns en 5 bloques de razóns:

- *Autorrevelación adaptativa* (razóns 1 e 2: aprendín que quere sabelo; sei que preguntará igualmente): indican certa "conciencia de" e unha "adaptación a" ás expectativas paternas. Os adolescentes axustarían o seu comportamento aos desexos dos seus pais. Segundo os autores, estas razóns poden reflectir que a autoridade e o control paternos están ben establecidos na familia.
- *Autorrevelación centrada nos pais* (razón 3: preocupábase): reflecte a relación afectiva pais-fillos. Concorde coa relación atopada con frecuencia na investigación entre boas relacións pais-fillos e apertura dos últimos.
- *Autorrevelación orientada a un mesmo* (razóns 4 e 5: para que poida protexerme; porque sinto mellor comigo mesmo): son razóns máis interesadas, instrumentais, ao servizo do propio benestar. Concorde co achado de que os adolescentes son máis abertos en cuestións relacionadas coa prudencia ou a normativa.
- *Autorrevelación estratéxica* (razóns 6 e 7: non terei que dicirle moito; permitírame máis): son tamén interesadas, pero son máis tácticas, para conseguir vantaxes estratéxicamente: "Non me fagas preguntas, non che direi mentiras...".
- *Autorrevelación selectiva* (razón 8: cóntolle só o que quero): reflecte claros límites no que voluntariamente se revela. É consistente coa investigación previa na que se atopa que os adolescentes ocultan información que consideran que entra no seu ámbito privado ou o fan para evitar o castigo ou a desaprobación paternas.

Na parte cuantitativa da investigación observan que os adolescentes usan todo o abanico de razóns para abrirse e non atopan diferenzas de frecuencias. Tam pouco atopan diferenzas entre culturas. Parece que cada adolescente usa varias ou todas esas razóns, dependendo das circunstancias ao redor de cada feito que vaia (ou non) a ser revelado.

Nesta investigación, Hunter e cols., exploraban tamén diversas características individuais dos adolescentes, para ver se atopaban un perfil do adolescente máis autorrevelador. Atopan que a iniciativa a nivel social do adolescente (o grao no que se implican en iniciar relacións fóra de casa con outras persoas), está positivamente asociado coa autorrevelación a través de todas as culturas e en ambos xéneros. Do mesmo xeito que a autoeficacia percibida. Os estilos parentais (solicitude, supervisión e aceptación), tamén se asocian cunha maior apertura dos fillos en xeral en todas as culturas estudadas.

No noso país os datos parecen ser similares. O sociólogo Javier Elzo explica no seu libro *O silencio dos adolescentes*, tras facer un estudo con máis de 4.000

mozos españois entrevistados, os grandes temas que suscitan maior reserva. A saber: a vida sexual, o uso do tempo libre, todo o relacionado cos consumos de alcol e drogas e cuestións relacionadas con pequenos furtos. Di que tamén son reticentes a falar das súas “depresións” (momentos de baixón asociados a problemas persoais ou á inestabilidade emocional propia da fase evolutiva), dos seus conflitos escolares ou da violencia entre amigos.

Elzo destaca a boa comunicación actual nas relacións paterno-filiais no noso país, en comparación coa ausencia destes espazos de achegamento dentro do estilo autoritario propio do século pasado. Pero explica que mesmo nas familias máis compenetradas o “pero non todo” é a quintaesencia da comunicación.

Certo é que moitas veces se omiten datos por medo ao castigo (é evidente se ollamos os temas sobre os que son máis reservados), pero fóra diso, Elzo considera que a barreira para abrirse abertamente ten máis que ver co pudor que coa desconfianza; máis cunha garda da propia intimidade, que unha distancia profunda. Elzo ve esa reticencia a contalo todo como unha mostra do proceso de autonomía dos adolescentes e defende o dereito dos mozos a conservar redutos de intimidade que lles permitan aprender a xestionar eles sós “*as súas fobias e as súas filias*”.

En suma, os adolescentes ten diversas razóns para abrirse, manter reservas e segredos ou directamente mentir. Fan un manexo da información característico dun razoamento maduro, deliberado, sensible, proactivo e tanto auto como hetero-orientado.

7 O segredo na era dos nativos dixitais.

Max van Manen, o mesmo pedagogo do marabilloso *Los secretos de la infancia. Intimidad, privacidad e identidad*, escribe recentemente un interesante artigo que reflexiona sobre os efectos das novas tecnoloxías da comunicación e as redes sociais actuais, na experiencia dos mozos da privacidade, o segredo, a soidade ou a intimidade.

Para describir o efecto das novas tecnoloxías da comunicación sobre intimidade, Van Manen parte do mito grego de Momus (fillo de Nyx e deus da burla e o sarcasmo) e o seu conflito con Hephaestus, o deus da tecnoloxía e a artesanía. Parece ser que, a petición de Zeus, quen quería un novo tipo de ser humano (Prometheus só incluía homes), Hephaestus crea a primeira muller (Pandora) da arxila. Pero despois enceréllase nunha disputa con Athena, que concibira unha casa, e Poseidon, que fixera un touro; por ver cal das tres creacións era superior. Así que se lle pide a Momus que arbitre na disputa e este, coñecido polas súas habilidades criticando, dá un bo repaso aos tres. Da casa di que non vale porque non se pode trasladar, e así non podes librarte se os veciños que che tocan son

complicados. Ridiculiza ó touro por non ter ollos nos cornos para empitonar con máis atino. E critica á muller creada por Hephaestus por non colocarlle unha xanela ou unha porta no peito, para poder así ver os seus máis secretos pensamentos e sentimentos. Segundo Van Manen, esa tecnoloxía para visualizar a vida interior das persoas xa chegou coas redes sociais.

Así, as novas tecnoloxías poñen en xogo a privacidade que, como vimos, é necesaria para construír un *self* autónomo. Non só porque claramente a violan, senón porque ademais a trivializan. Parece que para a xeración dixital o significado real do privado está a cambiar, senón desaparecendo, desde que se comparte en redes como Facebook o que adoitaba ser segredo e persoal. O que un gardaba para si ou escollía celosamente con quen compartir, agora forma parte do “muro” e compártese con centos ou miles de amigos. E o máis curioso (aínda) é que a algúns deses amigos nin sequera se os coñece persoalmente, ou son persoas coas cales hai anos que nin sentas a compartir un café. Escribimos nunha pantalla, para ser visto por hordas de persoas e deixar de estar controlado polas nosas mans, aquilo que adoitaba quedar resgardado na intimidade do diario persoal.

Van Manen reflexiona sobre estas novas formas de intimidade dixital nas que o privado publicítase e como difiren estas novas relacións nas que as persoas están separadas no espazo, e ás veces no tempo, das tradicionais relacións cara a cara.

Os mozos (ben, e todos os demais) vense irremediabilmente atraídos por estas tecnoloxías deseñadas para ser persuasivas, a compartir comentarios sobre os seus pensamentos, sentimentos, imaxes da súa día a día, os seus plans, os seus soños... Podería ser que xa non se experimentase a privacidade como adoitaba facerse. Parece que non a necesitasen, polo menos no seu sentido máis tradicional, ou quizais teñan un concepto distinto da mesma na actualidade. Quizais ese mundo virtual lles permita experimentar co seu *self*, e a identidade dixital sexa en realidade máis un desexo que o reflexo do que “realmente” son. Nese sentido, quizais por iso non se vexan realmente invadidos na súa privacidade, posto que o que comparten é máis ben unha imaxe ideal.

Non hai dúbidas hoxe en día de que as persoas expoñen a súa intimidade online. Pero aínda non hai consenso sobre o significado e o alcance disto. Baumann fala de que vivimos nunha sociedade confesional “que se caracteriza por extinguir a fronteira que antes había entre o privado e o público; que eleva a virtude e obriga a exhibición pública do privado; e que elimina do espazo público de comunicación todo o que non permite ser reducido a unha confesión persoal; xunto con todos aqueles que rexeiten confiarse a este espazo público”. (“Un diálogo entre Zygmunt Baumann y David Lyon- O fin do anonimato: o que os drones e Facebook teñen en común”, 2013, en www.ssociologos.com)

Segundo Van Manen outras posturas explican o auto exposición e a erosión da intimidade e da privacidade aludindo ao medo á soidade (isto podería afectar

particularmente aos adolescentes, o medo a non ser visto pode ser épico neste momento vital de máxima fragilidade en canto á imaxe persoal e máxima dependencia da aprobación social¹); un novo narcisismo social, un concepto de privacidade cambiante...

Non podemos esquecer que para algunhas persoas a comunicación online está ironicamente provista dun sentido de profundidade e de proximidade, quizais polo seu carácter inmediato e porque “te achega” a persoas que poden estar fisicamente moi lonxe. Así, a intimidade dixital pode ofrecer a ilusión de intimidade, aínda que calquera poida acceder a ese “espazo” compartido entre dous e en realidade sexa unha intimidade máis “polígama”.

Outra explicación é que realmente haxa quen prefira ese tipo de contacto, porque se sente menos exposto e penetrado pola mirada directa doutra persoa, que na intimidade cara a cara, e isto permítalle realmente abrirse doutra maneira que nas relacións non mediatizadas. Tamén ao ler na pantalla as palabras doutro podemos deixarnos axitar sentimentalmente dun modo máis libre, sen a rixidez e as ataduras que a timidez nos impón no directo, e así vernos afectados dun modo máis profundo na relación íntima.

Van Manen non atopa resposta á pregunta de como podemos no contexto tecnolóxico actual ter aínda oportunidades para experimentar o segredo e o oculto nas relacións virtuais. E preocúpalle como farán os mozos para poder gozar dos efectos formativos da soidade, da privacidade e do segredo na sociedade actual que nos demanda de forma frenética e implacable estar constantemente conectados.

Certamente é un tema complexo, que deberá ser obxecto de observación, debate e estudo nos próximos anos.

Para saber máis sobre o tema recomendo o completo ensaio da socióloga Sibilla *A intimidade como espectáculo*.

¹ Para un exemplo distópico das consecuencias máximas que podería ter a invisibilidade social na era dixital ver o episodio “Nosedive”, primeiro da terceira tempada da magnífica serie Black Mirror de Charlie Brooker.



unsplash.com
©Thiago Cerqueira

8 Conclusión

Vimos que quizais o segredo non mereza do todo esa mala fama que repetidamente se lle adxudicou, senón que cumpre unha importante función no proceso de individuación e de autonomía emocional que son tarefas básicas do adolescente.

Non negamos as consecuencias negativas do segredo reflectidas con frecuencia na literatura, pero debemos facer unha lectura ampla e ter en conta que manter segredos require un “traballo” psicolóxico que pode desgastar, e ese desgaste pode estar detrás das queixas físicas e dos problemas emocionais (falamos ao final de supresión emocional que pode ligarse a unha preocupación obsesiva e, polo tanto, á psicopatoloxía). Doutra banda, o tipo de información que se mantén en segredo é importante. Os adolescentes adoitan ter dificultades para recoñecer os seus fracasos, porque falsamente asumen que o resto do mundo se manexa mellor que eles. Se ocultan os seus fracasos dos demais, prívanse do apoio emocional que lles podería axudar a xestionar mellor esas emocións. Doutra banda, se aquilo que ocultan dos seus pais ten relación cunha parte nuclear do seu *self* que negan para compracer aos seus pais (por exemplo, a orientación sexual), é máis lóxico que ese tipo de segredos teñan consecuencias emocionais negativas para o mozo. Ademais, non podemos esquecer o papel mediador da calidade da relación paterno-filial con respecto ao mal axuste e ao ocultamento.

Equilibrar a necesidade de autonomía e privacidade coa supervisión dos fillos é un reto, pero é esencial para manter unhas interaccións familiares sas. A medida que os adolescentes maduran non queda outra que aliñar de novo as relacións paterno filiais para dar resposta ás súas necesidades de independencia e autonomía.

A tarefa parental na adolescencia é favorecer o proceso de independencia dos mozos, promover a súa autonomía emocional e axudalos na adquisición dunha identidade diferenciada. Vai ser necesario superar a sensación de perda de control sobre os fillos, o que permitirá unha maior flexibilidade para ir pasando a un segundo termo e deixarlles a eles o lugar protagonista. Evidentemente non é tarefa fácil cos dós que isto implica como pai (polo fillo que xa non será máis un neno, pola propia mocidade perdida...). Pero, nun mozo san, canto menos se facilite o seu proceso de independencia e diferenciación, maior será a loita deste polo seu propio espazo, con todo o desgaste que isto leva a nivel relacional.

A autonomía emocional é unha espada de dobre fío á que os pais loxicamente temen. Cando os adolescentes a logran, perden tamén algo da seguridade que ofrece a protección paterna. O adolescente sentirá esa dicotomía de maior capacidade para xestionarse a si mesmo, pero co custo de maiores sentimentos de inseguridade, cos que terá que lidar.

En canto aos segredos, viuse que os adolescentes están máis dispostos a abrirse cando os pais fan preguntas e cando a relación pais fillos está caracterizada por

altos niveis de confianza mutua, aceptación e é unha relación de calidade (Keijsers e Laird, 2010). Unha boa aceptación paterna (calidez, soporte...), asóciase con máis apertura e menos segredo, mesmo en cuestións persoais. Canto máis vexan os adolescentes o facer revelacións persoais como algo que poden decidir libremente, máis que sentirse obrigados a iso, máis cómodos se sentirán para abrirse (Smetana e cols., 2006)

Aínda que os pais adoitan creerse en lexítimo dereito de saber da vida persoal do seu fillo, os adolescentes non sempre se mostrarán de acordo ou non o farán en todas as facetas; e responderán defendendo os seus límites, por exemplo, mantendo segredos. Os pais poden responder de forma positiva ou negativa á súa reserva e aos seus segredos. Da súa resposta derivará que os mozos se sintan controlados ou, pola contra, conectados aos seus pais. E ese sentimento relaciónase á súa vez coa apertura cara aos seus pais, de forma que sentirse conectado leva a abrirse moito máis que o sentirse controlado. Segundo a Teoría da Xestión da Privacidade da Comunicación (CPM, Petronio, 2002), o feito de experimentar unha percepción de perda do control desexado sobre o propio territorio privado motivaría ao adolescente a reclamar ese control tanto por confrontación como por técnicas subversivas. O traballo empírico sobre esa teoría suxire que os sentimentos dunha invasión na privacidade preceden a un incremento no segredo sobre as actividades rutineiras e unha diminución do coñecemento dos pais sobre as mesmas. Por sorte, parece que o aumento no segredo diminúe a invasión da privacidade por parte dos pais (Dietvorst e cols., 2018). Así que o mecanismo parece funcionar de forma satisfactoria restaurando a privacidade e promovendo a autonomía.

Entón, tendo claro que o desenvolvemento dunha identidade separada está relacionado co desenvolvemento da capacidade para o segredo na infancia, faise evidente a importancia de deixarlles ese lugar para o desenvolvemento do espazo interno. Van Manen e Levering (1999) avogan, tanto para pais como para mestres, por unha “forma funcional” de ignorancia, non sabendo exactamente que está a pasar pola súa mente e non sabendo exactamente que fai o neno, poderán guialo adecuadamente cara a unha idade adulta permitindo a emerxencia da súa propia individualidade. É importante recoñecer desde o principio o dereito do neno á privacidade. Proporcionarlles espazos privados, tempo para ser eles mesmos, actividades que poidan ter un sentido persoal.

En fin, non sei se o digo coa boca pequena ou tan grande como debería, pero finalizarei este artigo cun desexo que é toda unha declaración de intencións: “Non, oxalá o meu fillo non mo conte todo”.

A IMPORTANCIA DA CONFIDENCIALIDADE EN PSICOLOXÍA APLICADA

José Luis Rodríguez-Arias Palomo

PSICÓLOGO CLÍNICO

✉ rodarias2@gmail.com

RESUMO: A confidencialidade dá sentido ó exercicio profesional da Psicoloxía calquera que sexa o seu ámbito de aplicación. É básica para que os clientes desvelen a súa intimidade nun clima de confianza. Outras profesións teñen na confidencialidade o asento para o desenvolvemento do seu labor profesional, pero en Psicoloxía alcanza unha importancia especial, porque especial é a transcendencia da intimidade que se expón nunha consulta de Psicoloxía. Discútese os argumentos a favor e en contra de manter a confidencialidade en tres supostos frecuentes do traballo psicolóxico: a confidencialidade fronte á seguridade persoal, nos informes psicolóxicos e en relación ás confidencias. Partindo duns exemplos analízanse as opcións dispoñibles. Non se ofrece unha solución definitiva, senón a oportunidade de reflexionar sobre os exemplos para atopar alternativas e fundamentos aos que recorrer cando o lector se atope en dilemas éticos similares. Conclúese que defender a confidencialidade contribúe ao prestixio da Psicoloxía.

PALABRAS CLAVE: Ética, confidencialidade, deliberación.

ABSTRACT: Confidentiality provides meaning to the professional practice of psychology, whatever its field of application. It is essential for clients to reveal their privacy in a climate of trust. Other professions also ground their practices on confidentiality, but confidentiality is particularly important in psychology, given the special relevance of the intimacy being exposed in a psychology consultation. The arguments for and against maintaining confidentiality are discussed through three frequent cases of psychological work: confidentiality versus personal security, psychological reports, and confidences. Based on some examples, the available options are discussed. Rather than providing definitive solutions, this work offers the reader the opportunity to reflect on the examples to find alternatives and foundations to turn to when faced to similar ethical dilemmas. It is concluded that protecting confidentiality contributes to the prestige of Psychology.

KEY WORDS: Ethics, confidentiality, deliberation.

SUMARIO:

- 1 A confidencialidade fronte á seguridade persoal.
- 2 A confidencialidade nos informes psicolóxicos.
- 3 As confidencias no curso dunha intervención psicolóxica.
- 4 Comentario final.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Beauchamp, T.L. y Childress, J.F. (1979). *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press. (Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson, 1999).

Bordin, E.S. (1994). Theory and research on the therapeutic working Alliance: New Directions. En A.O Horvath y L.S. Greenberg (eds.), *The working Alliance: Theory, research and practice* (pp. 13-37). New York: Wiley and sons.

Constitución Española (1978). BOE, 29/12/1978.

Consejo General de la Psicología de España. (1987). *Código Deontológico de la Psicología*. Madrid.

Fisch, R. Weakland J.H. y Segal, L. (1982). *The tactics of change*. San Francisco-Washington-London. (La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia. Barcelona: Herder. 1984).

Gracia, D. (2001). La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Medicina clínica*. 117(1), 18-23.

Hawton, K., Witt, K.G., Taylor Salisbury, T.L., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., Townsend, E. y Van Heeringen, K. (2015). Pharmacological interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 7. Art. Nº: CD011777. DOI: 10.1002/14651858.CD011777.

Horvath, A.O., Del Re, A.C., Flückiger, C. y Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. *Psychotherapy*. (48)1, 9-16

Huband, N., Ferriter, M., Nathan, R. y Jones, H. (2010). Antiepileptics for aggression and associated impulsivity. *Cochrane Database Systematic Review*. 17(2). https://www.cochrane.org/CD003499/BEHAV_antiepileptic-drugs-for-treating-recurrent-aggression

Jones, R.M., Arlidge, J., Gillham, R., Reagu, S., Van den Bree, M. y Taylor P.J. (2011). Efficacy of mood stabilisers in the treatment of impulsive or repetitive aggression: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*. (198), 93-98.

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, 15/11/2002.

Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. BOE, 6/12/2018.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE, 24/11/1995.

ONU (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Naciones Unidas. http://www.cnrha.mscbs.gob.es/documentacion/bioetica/pdf/Universal_Derechos_Humanos.pdf

Real Decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal. BOE 17/10/1882.

Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil. BOE 25/7/1889

Reich, W.T. (Ed.). (1995). *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Macmillan.

Rodríguez-Arias, J.L., Fontecilla, G., González, M. y Ramos, M. (1996). Aplicación de un modelo de Terapia Familiar Breve en una Unidad de Salud Mental. En A. Espina y B. Pumar (Ed.), *Terapia Familiar Sistémica. Teoría, Clínica e Investigación* (pp. 271-286). Madrid: Fundamentos.

Watzlwick, P., Beavin, J.H. y Jackson D. D. (1967). *Pragmatics of Human Communication*. New York: W.W. Norton. (Teoría de la Comunicación Humana. Barcelona: Herder. 1981 (2ª ed.)).

1 A confidencialidade fronte á seguridade persoal

Fernando¹ está a ser tratado na Consulta de Psicoloxía dunha Unidade de Saúde Mental (USM) como medida alternativa a condena penal. Ten 40 anos e pasou 15 en prisión por delitos relacionados co tráfico de estupefacientes e roubo con violencia. Os seus obxectivos son volver traballar e ampliar a súa rede social, moi deteriorada pola súa longa estancia no cárcere. O psicólogo² a cargo do tratamento pensa que para iso é preciso que non abuse do alcol, nin da medicación pautada pola psiquiatra e que se implique en actividades nas que poida entrar en contacto con outras persoas. Por indicación terapéutica está a colaborar na recollida de alimentos para distribuír en asociacións benéficas. En xeral, o seu comportamento é correcto, pero excepcionalmente abusa do alcol e dos ansiolíticos. Nestes episodios ten algúns altercados nos que ameaza publicamente a compañeiros. Segundo se pode deducir do seu relato, cando bebe ponse especialmente suspicaz, tolera mal que lle leven a contraria en temas de pouca importancia ou que a coordinadora do equipo lle pida un traballo que el cre que non ten que facer. Nestas circunstancias marcha con malas formas, insultos e ameazas sen pasar, en ningún momento, á agresión física. Grazas á mediación do psicólogo readmitírono en tres ou catro ocasións.

Nunha consulta, Fernando fala de problemas sentimentais coa súa exparella. El quere retomar a relación e ela non. Cando non pode soportar a ansiedade que lle xera a súa negativa, bebe en exceso e toma máis ansiolíticos dos pautados sen que nin o un nin o outro alivien a frustración que sente. Fernando di que ten que convencerla polas boas ou polas malas. Pensa que ela está influída pola súa familia, en particular polo seu pai, quen cre que Fernando é un delincuento. Non lle perdoa os problemas que tivo coa xustiza que, para Fernando, son cousas do pasado. Nunha sesión de psicoterapia di que se ela non accede a retomar a relación está disposto a matala e ao seu pai tamén, para logo suicidarse, porque non pensa pasar nin un minuto máis no cárcere. Afirmo que por ese motivo está a facer todo o que lle propoñen os profesionais para a súa reinserción.

O psicólogo exponlle que os seus plans son inaceptables; pídelo tempo e a posibilidade de comentar as súas intencións con quen considere oportuno, incluída a súa exparella e o pai dela. Fernando concede o tempo, pero non autoriza o psicólogo para falar das súas intencións con ninguén e menos con ela. Dálle unha nova cita para a seguinte semana e pídelo compromiso de non tomar ningunha decisión ata esa data nin, por suposto, facer ningún dano a ninguén.



freepick.com

Ao terminar a sesión, o psicólogo, preocupado, cuestiónase se debe asumir a incerteza e esperar á próxima consulta para buscar con Fernando alternativas que eviten o risco de homicidio. É a relación terapéutica o suficientemente intensa como para supoñer que vai cumprir os compromisos adquiridos?, coopera e cumpre as indicacións do tratamento o suficientemente ben como para confiar nel? Ou pola contra, debería previr á súa

- 1 Todos os nomes que figuran nos exemplos son ficticios e as circunstancias modificadas para protexer a súa identidade.
- 2 Este artigo está escrito en masculino para non facer a súa redacción e lectura innecesariamente tediosas. En aras da igualdade e a non discriminación, o xénero da redacción corresponde co sexo do autor.

exparella, ao pai dela, ou a ambos, das intencións de Fernando e do risco que corren para que se protexan?, será mellor poñer as ameazas en coñecemento da policía ou dun xuíz?...

Neste traballo preténdese levar a cabo unha análise bioética dalgúns problemas que teñen que ver coa dificultade de preservar a confidencialidade en saúde mental. A Bioética é unha parte da Ética que estuda “a conduta humana no ámbito das ciencias da vida e do coidado da saúde, examinada á luz dos valores e dos principios morais” (Reich, 1995). No caso descrito, que valores e principios morais son relevantes?, os de quen?, de Fernando?, do psicólogo?, da exparella?, do pai dela?, do psiquiatra?, de todos eles?, tamén os da sociedade? A Bioética non vai dar ao psicólogo unha única resposta, pero si o vai a axudar a reflexionar para que tome unha decisión que teña en conta os valores de todas as persoas implicadas, incluídos os propios. Porque o que caracteriza á Bioética é a súa forma de resolver dilemas e tomar decisións (Gracia, 2001).

Moitos son os valores en xogo: a seguridade das persoas ameazadas (e, en última instancia, a vida da exparella e a do seu pai), a reinserción de Fernando, a súa liberdade, o seu dereito para decidir -autonomía-, a súa intimidade, que libremente revela ao psicólogo... e pola parte deste a súa obrigaón de segredo, a súa competencia e responsabilidade no exercicio profesional, a eficacia dos procedementos terapéuticos, a credibilidade da súa profesión... tamén a súa seguridade persoal, que pode verse ameazada, tanto por Fernando -se o psicólogo decide denunciárlle-, como pola xustiza, se decide manter a confidencialidade e finalmente Fernando agride ou mata á súa exparella ou o seu pai. Probablemente o conflito ético máis relevante neste caso sexa, dun lado a “seguridade” e doutro a obrigaón de segredo. Ou, noutras palabras, a integridade física da exparella e do seu pai, posta en cuestión polas ameazas de Fernando, fronte á obrigaón de segredo profesional e o compromiso de confidencialidade que o psicólogo ten co seu cliente³.

Valores

1. A integridade física, a seguridade e, en última instancia, a vida

“Todo individuo ten dereito á vida, á liberdade e á seguridade da súa persoa.”

Dereitos Humanos, art. 3

A vida humana está protexida polo dereito natural, que é anterior a calquera norma escrita e fundaméntase na propia natureza humana. Con todo, dista moito de ter un valor absoluto. Por poñer un exemplo, entre os moitos que se poderían elixir, a Constitución Española (CE) de 1978 no seu artigo 15, reconece explicitamente o “dereito á vida e á integridade física e moral”; declara abolida a pena de morte, “...salvo o que poidan dispoñer as leis penais militares para tempos de guerra”. É dicir, no mesmo parágrafo no que se declara o dereito á vida, artíciúlase a excepción en contexto bélico. E non é a única excepción: no final da vida, a miúdo danse circunstancias nas que morrer é preferible a seguir vivindo. Con todo, a integridade física e, en última instancia, a vida, é un valor de crucial importancia, xa que é o soporte e condición de posibilidade da maior parte dos dereitos e adoita considerarse un valor previo e superior a calquera outro. Os profesionais teñen a obriga de ser proactivos na defensa dese valor.

³ Hai diversos termos para referirse ás persoas que demandan atención psicolóxica. Con independencia do contexto de procedencia dos exemplos, neste artigo chámaseselles de forma xenérica “clientes”. A confidencialidade é un valor transversal para os moi diferentes contextos da Psicoloxía Aplicada.

“A Bioética non vai dar ao psicólogo unha única resposta, pero si o vai a axudar a reflexionar”.

2. Intimidade, segredo profesional e confidencialidade

A intimidade tamén é un valor de primeira importancia. Probablemente un dos máis importantes despois da integridade física e a vida. A CE no seu artigo 18.1 "...garante o dereito á honra, á intimidade persoal e familiar e á propia imaxe". O artigo 39 do Código Deontolóxico da Psicoloxía (CDPs) protexe a intimidade dos clientes recomendando que o profesional só acceda á información que lle resulte imprescindible para facer o traballo que se lle pide.

O deber de segredo é unha das obrigas centrais dos profesionais, porque é a base sobre a que asenta a súa relación cos clientes, quen lles revelan a súa intimidade coñecedores do seu deber de segredo, que vén recollido nos artigos 40 a 49. Neste último lémbrese que a obriga de segredo se mantén mesmo despois de que o cliente falecese.

Na confluencia entre o dereito á intimidade e o deber de segredo está a confidencialidade, que incumbe non só ao que os profesionais consideran que deben calar, senón a todo o que os clientes consideran íntimo e non autorizan a revelar. É dicir, a confidencialidade é un concepto interactivo: o seu contido decídeo o cliente e execútao o profesional. No CDPs faise referencia á confidencialidade cando se explicita que só o cliente pode eximir o profesional da súa obriga de segredo (Art. 39, en relación á información íntima "... e sempre coa autorización do cliente"; Art. 41, en relación ás avaliacións e intervencións "... só pode comunicarse a terceiras persoas con expresa autorización previa do interesado e dentro dos límites desa autorización."; Art. 47, en relación á presenza de terceiras persoas ou alumnos "... requírese o consentimento previo do cliente").

"O deber de segredo é unha das obrigas centrais dos profesionais, porque é a base sobre a que asenta a súa relación cos clientes, quen lles revelan a súa intimidade coñecedores do seu deber de segredo".

3. Autonomía

Ademais dos dous valores anteriores é necesario ter en conta a *autonomía* do cliente. Os profesionais guían a súa boa práctica cos criterios de non facer dano *-non maleficencia-* e buscar o maior benestar do seu cliente *-beneficencia-* (Beauchamp e Childress, 2001). A partir da consideración da autonomía do cliente como criterio a ter en conta no proceso de deliberación, o non facer dano e a procura do mellor ben ten que contar coa aquiescencia e o acordo dos clientes. Ao profesional non lle chega co seu propio xuízo do que, segundo a súa experiencia, é bo ou malo para o seu cliente, senón que necesita cerciorarse de que o que propón é desexado polo cliente.

A Lei de Autonomía (LA) dá ao paciente a capacidade para decidir, dentro de certos límites, sobre a súa vida e a súa saúde (art. 2.3. "O paciente ou usuario ten dereito a decidir libremente, despois de recibir a información adecuada, entre as opcións clínicas dispoñibles") e equipara a correcta xestión da información á boa praxe técnica (art. 2.6. "Todo profesional que intervéen na actividade asistencial está obrigado non só á correcta prestación das súas técnicas, senón ao cumprimento dos deberes de información e de documentación clínica, e ao respecto das decisións adoptadas libre e voluntariamente polo paciente"). O seu consentimento, xeralmente verbal, é a expresión da autonomía dos clientes, e na LA recoméndase que se faga por escrito cando os procedementos son invasivos e cando poden supoñer un prexuízo para o cliente.

A autonomía como valor, ou o que é o mesmo, os desexos dos clientes, é un criterio que inflúe, necesariamente, no proceso de deliberación que se require para resolver un dilema ético entre calquera outros valores.

O dilema

Se o psicólogo de Fernando opta por defender a integridade física do cliente, da súa exparella e do pai dela, ten que previlos da ameaza ou, na súa falta, informar o xuíz ou denunciar á policía, divulgando nos tres casos unha parte da intimidade do seu cliente para o que está expresamente desautorizado.

Se decide cumprir co seu deber de segredo, preservar a intimidade do seu cliente e manter o seu compromiso de confidencialidade, que é o que lle pide Fernando, está a poñer en perigo a seguridade das tres persoas implicadas.

Que pesa máis, a seguridade das persoas ou o compromiso de confidencialidade? Debe o psicólogo optar por previr á exparella e ao seu pai? Debe confiar en que Fernando non cumprirá as súas ameazas? Debe denunciar na policía ou non ulgado o ocorrido na súa consulta?

As solucións extremas rara vez son sustentables desde un punto de vista ético porque ao defender un dos valores concúlcase absolutamente o outro (Gracia, 2001). O proceso de deliberación aspira a proporcionar unha solución que preserve en maior ou menor medida ambos os valores, aínda que, doutra banda, ambos poden resultar parcialmente comprometidos.

As solucións

1. Facer caso omiso das peticións de Fernando e denuncialo á policía ou poñerse en contacto coa exparella para previla do perigo que corre.

En ambos os casos o psicólogo decide non manter o seu compromiso de confidencialidade con Fernando. Sabe que falta á súa obriga de segredo [Código penal (CP) art. 199 e CDPs art. 40 e 41]; sabe que compromete a relación de confianza con Fernando (*Alianza terapéutica*), que é imprescindible para que a súa rehabilitación psicolóxica e social siga adiante e, talvez, sexa unha garantía para que Fernando non volva delinquir, o que non deixa de ser unha medida de protección para a seguridade das persoas implicadas. A cambio, supón que, polo menos a curto prazo, denunciándoo protéxeas mellor. O psicólogo delega a súa responsabilidade na autoridade e supón que tomará medidas para preservar a integridade das persoas ameazadas.

2. Falar coa psiquiatra que o está tratando para valore a posibilidade de aumentar o tratamento farmacolóxico que axude a que Fernando controle o seu comportamento.

O psicólogo decide, en contra do seu compromiso de confidencialidade, falar coa psiquiatra, que tamén está a tratar a Fernando e, por tanto, nas mesmas condicións de confidencialidade que el. O desempeño profesional da Psicología case sempre se desenvolve en equipo, para o que é necesario que os clientes autoricen que os profesionais compartan a información necesaria para tomar

decisións consensuadas. Para asumir que Fernando dá este consentimento sería necesario que se fixera explícito ao comezo da intervención. Falar coa psiquiatra é unha solución xeralmente alcanzable e ten a vantaxe de compartir a responsabilidade sobre a evolución de Fernando que, de feito, xa está a compartir, posto que a psiquiatra tamén o está tratando. Ten o inconveniente de que o control farmacolóxico do comportamento é unha medida de moi pobre eficacia, tanto para o control dos impulsos (Jones et al., 2011; Huband, Ferriter, Nathan e Jones, 2010), como para a ideación suicida (Hawton et al., 2015).

3. Organizar unha reunión cos profesionais que tratan a Fernando para decidir de maneira consensuada como reaccionar nesta situación.

Esta opción, similar á anterior en canto á confidencialidade, ofrece a posibilidade de decidir tras un proceso de deliberación no que participen diferentes profesionais, con formación diferente e con experiencias diversas na súa relación con Fernando. O traballo interdisciplinar permite dar un fundamento máis sólido ás decisións que se tomen. Na súa contra ten o factor tempo e a falta de dispoñibilidade: é difícil atopar o momento para celebrar unha reunión deste tipo e se non se consegue facelo nun prazo inferior ao previsto para a seguinte consulta; non é unha solución pragmática.

4. Adiantar a cita de Fernando para ter unha entrevista na que traballar co problema e buscar outras opcións.

O psicólogo acurta o prazo ata a seguinte intervención coa idea de previr que Fernando leve a cabo as súas ameazas. Nesa entrevista pódese insistir na desproporción e na inaceptabilidade das súas ameazas, en especial para el e os seus intereses. A continuación pódense promover comportamentos alternativos que satisfagan a Fernando e reduzan o risco de dano a terceiros e a si mesmo. Tamén tratar con Fernando a problemática emocional que supón para el a negativa da súa exparella a reiniciar de novo a relación e buscar alternativas que o satisfagan o suficiente como para que, mesmo baixo os efectos do alcol e as drogas, poida garantir a seguridade da súa exparella, do pai dela e del mesmo. Este traballo é relativamente frecuente en psicoterapia e está ao alcance de calquera psicólogo minimamente experimentado. Pero tamén está suxeito á incerteza do resultado. En psicoterapia, non sempre que se traballa ben se consegue o resultado desexado. Non obstante, a entrevista con Fernando dá opción a desenvolver novos cursos intermedios de acción. Se as manobras terapéuticas non tivesen o resultado desexado, sempre se poden volver discutir con el os límites da confidencialidade -frente a danos a terceiros, por exemplo- ou obter un consentimento para xestionar a información con liberdade e sempre no seu beneficio. Apelando á súa confianza e demostrándolle lealdade, o psicólogo pode asumir o compromiso de non revelar nada que entrañe para Fernando algún perigo de volver a prisión, a cambio de que o autorice para facer uso da información segundo o seu criterio profesional. Pode promover un ingreso programado, se Fernando non se sente coa posibilidade de comprometerse a non facer dano; ou aumentar a súa

dispoñibilidade para, chegado o caso, que Fernando o chame por teléfono, adiante a cita ou o informe de que está a ter dificultades para cumprir o seu compromiso de non facer dano. Calquera destas medidas debe ser coñecida e autorizada por Fernando, mesmo se non está de acordo.

5. Chamar por teléfono a Fernando para reavaliar o risco de que cumpra as súas ameazas antes de ter oportunidade de tratar con el na próxima consulta prevista.

A chamada telefónica, fronte a adiantar a consulta, ten ao seu favor o factor facilidade e en contra a limitación para as manobras comunicativas. É moi factible contactar telefonicamente con Fernando para volver a avaliar o risco e o seu compromiso. Segundo cal sexa esta valoración, pódese aproveitar a chamada para adiantar a consulta ou programar unha intervención de urxencia. A cambio, a conversación telefónica ofrece posibilidades comunicativas limitadas para a procura de alternativas satisfactorias para Fernando e para renegociar o compromiso de confidencialidade.

6. Esperar ata a próxima consulta sen tomar ningunha medida adicional para evitar o risco de que Fernando incumpra o seu compromiso.

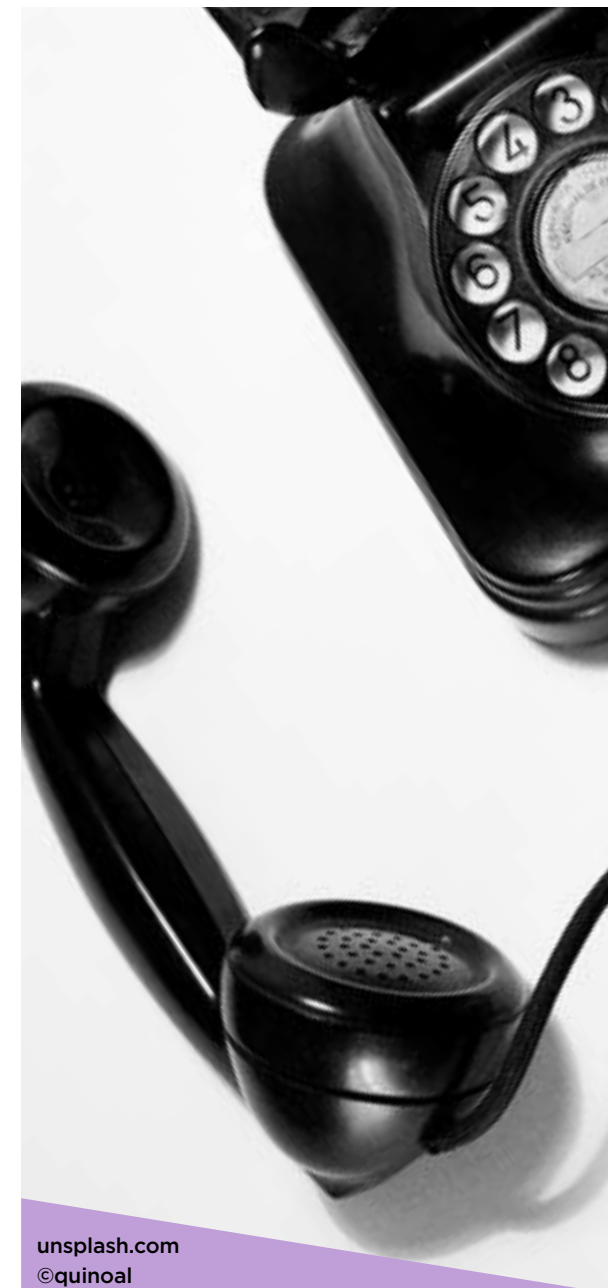
O psicólogo decide confiar en Fernando: espera que, seguindo as súas indicacións, non faga nada que poña en perigo a integridade da súa exparella ou a súa propia. Baséase en que, ata o momento, sempre colaborou co tratamento cumprindo as prescricións terapéuticas. Con todo, tamén hai circunstancias nas que, baixo o efecto do alcol, as drogas, ou ofuscado por contrariedades, ás veces nimias, exhibe un comportamento violento que parece escapar ao seu autocontrol. Esta opción cumpre escrupulosamente co deber de segredo e a obriga de confidencialidade (CP, art. 199 e CDPs, art. 40). Doutra banda, o psicólogo sabe que divulgar unha información en contra da autorización do seu cliente supón unha deslealdade, que pon en perigo a continuidade do tratamento, derivando un prexuízo para Fernando e para a súa contorna máis próxima. Con todo, non se pode prever con seguridade se Fernando cumprirá ou non as súas ameazas, se volverá consumir alcol e drogas, se recibirá unha nova negativa da súa exparella e se, en consecuencia, perderá o control ou respectará o seu compromiso terapéutico.

En conclusión

Segundo o método de Gracia (2001) habería que descartar tanto a primeira como a última opción, ao conculcar de maneira absoluta, ben o valor da confidencialidade, ben o da seguridade. Nun dos casos violábase o compromiso de confidencialidade en aras da seguridade e no outro pasa o contrario: ponse en risco a seguridade para manter o compromiso de confidencialidade adquirido co cliente. As outras catro opcións son eticamente aceptables e cada profesional decide de acordo á valoración que faga segundo a súa propia reflexión.

A confidencialidade é a base da relación profesional para o traballo en Psicoloxía. Os clientes contan o que contan porque saben do deber de segredo profesional. Paralelo a este deber está o dereito á intimidade (CE, art. 18). Da conxunción de ambos nace a confidencialidade [Lei de Protección de Datos (LPD), art. 5], que é á vez un deber do profesional e un dereito do cliente.

No CDPs trátase o deber de confidencialidade nos artigos 39 a 49. Para respectar a intimidade non se debe recoller máis información que a estritamente necesaria (art. 39), sobre a cal ten o deber de segredo, do que só pode ser eximido polo propio cliente (art. 40); deber que afecta as avaliacións, as intervencións e, de modo moi particular, os informes (art 42).



unsplash.com
©quinoal

2 A confidencialidade nos informes psicolóxicos

Os informes psicolóxicos son unha ferramenta de traballo habitual en Psicoloxía. Neles plásmanse algunhas das informacións recollidas dos clientes por diversos procedementos e os xuízos técnicos pertinentes dos profesionais. O CDPs fai referencia á posibilidade de que o informe sexa solicitado polo propio cliente (art. 41) ou por terceiras persoas ou institucións (art. 42 e 43). En calquera dos casos o psicólogo está suxeito ao deber de confidencialidade. Pero hai diversos matices a considerar, desde unha perspectiva ética, en función de quen sexa a persoa que solicita tal informe.

Cando o informe o solicita o propio cliente

Esta circunstancia non adoita presentar dilemas éticos respecto da confidencialidade. Ao solicitar un informe, o cliente dá o seu consentimento para que o psicólogo expoña por escrito os detalles e circunstancias da intervención que considere relevantes para o fin para o que se solicita, o que, a miúdo, implica dar detalles dalgúns aspectos íntimos que se trataron. O psicólogo ten que ter especial coidado con dous aspectos: un, non referir detalles íntimos innecesarios ou superfluos en función da finalidade do informe. E dous, non facer referencia a persoas que non son o propio cliente. Isto é complicado nos informes psicolóxicos porque as persoas viven en comunidade; os seus conflitos e a súa intimidade afectan á intimidade de quen as rodea. Considérese o seguinte exemplo:

Un cliente en trámites de separación solicita un informe que avale os seus intereses no proceso xudicial contra a súa esposa. No informe pódese ler...

"...Rafael expresa unha forte unión co seu fillo ao que, segundo di, coidou tanto ou máis que a súa nai, en particular neste último ano escolar no que, polos horarios laborais dun e doutra, era el o encargado de ir levar e a buscar o seu fillo á gardería e quen se ocupaba del durante as ausencias da súa nai, que exerce unha profesión liberal cun horario amplo e incerto."

Ao xustificar o que pode ser tratado como un feito -a dedicación do cliente ao coidado do seu fillo- o psicólogo fai referencia directamente ao horario laboral da nai e, indirectamente, á súa dispoñibilidade para coidar ao seu fillo. Ambas as informacións fan referencia a áreas da intimidade da nai e o psicólogo debería contar coa súa autorización para revelalas. A dificultade está en que ten que solicitar e conseguir a autorización de alguén que non é o seu cliente. Se non lle dá o consentimento, o psicólogo vese nun dilema. Debe elaborar o informe

ou negarse? No primeiro caso pode ter problemas coa muller, xa que está a revelar informacións íntimas sen o seu consentimento. No segundo caso pode ter problemas co seu cliente: non satisfai a súa demanda, é posible que abandone a intervención e, ademais, lesiona os seus lexítimos intereses ao non apoiar o que o seu cliente pensa que é bo para el e para o seu fillo.

Que facer? De novo, os cursos extremos son eticamente inaceptables porque se conculcan absolutamente os valores asociados aos intereses dunha ou outra parte -o exercicio dos dereitos e obrigacións derivados da patria potestade, segundo o que cada un pensa que é o mellor para o menor [Código Civil (CC), art. 154]-. Ao buscar cursos intermedios de acción, o psicólogo pode:

- Poñerse en contacto con ela, solicitar o seu permiso para elaborar o informe e darlo a coñecer a ambos os dous para solicitar o seu consentimento expreso sobre o contido do informe.
- Ofrecerse tanto a el como a ela como mediador. Esta é unha boa opción sempre que o psicólogo non teña unha alianza co seu cliente que o incapacite para ser neutral; neutralidade que tamén ten que ser percibida por un e outra.
- Elaborar un informe no que non se faga ningunha referencia, nin sequera de maneira indirecta a outras persoas distintas ao seu cliente. Isto en Psicoloxía é case imposible porque, por exemplo, cando se fala de alguén en calidade de pai é inevitable facer unha referencia, sequera implícita, ao seu fillo. Os roles son conceptos relacionais: non se pode exercer como pai sen un fillo, nin como esposa sen un esposo, nin como fillo sen unha nai...

O informe solicítalo un terceiro

Unha circunstancia particularmente frecuente é a petición dun informe realizada por unha terceira persoa -inspector médico ou laboral, xuíz, traballador social, a institución ou empresa para a que se traballa...- O conflito de valores preséntase entre a confidencialidade e a obriga de informar.

En principio, pode pensarse que o valor da confidencialidade é de orde superior porque é o que dá sentido á intervención psicolóxica, sexa cal for a súa natureza ou contexto. Con todo, no proceso de deliberación o psicólogo ten que ter en conta os aspectos particulares de cada caso. Quen pide o informe? E cal é o grao de intimidade da información que se require? Cando a petición vén dun xulgado é posible que o psicólogo se vexa na obriga legal de facer o informe pericial solicitado [Lei de axuízamento criminal (LEC), art. 462] e que a súa negativa para facelo supoña unha multa ou ser acusado de obstrución á xustiza (LEC, art. 420). Se procede dunha autoridade laboral, a obrigatoriedade

é menor; pero dar unha negativa a un superior pode traer de feito complicacións diversas para o profesional. Negarse a colaborar co empregador pode comprometer, por exemplo, a súa estabilidade no posto de traballo. Igualmente hai que considerar o contido sobre o que se solicita informe. A intimidade ten graos: non é o mesmo informar sobre un horario laboral que sobre a dispoñibilidade dunha persoa para exercer as súas funcións parentais, por exemplo.

Con todo, a lei é clara e o CDPs tamén. Sexa cal for a información, requírese o consentimento expreso da persoa para poñela en coñecemento de terceiros [Código penal (CP), art. 199 e CDPs, art. 39, 40 e 41]. O psicólogo debe utilizar os recursos ao seu alcance para conseguir o consentimento do seu cliente. Se finalmente non fose posible, pode sopesar estas dúas variables nunha especie de escala móbil entre o deber de confidencialidade e a obriga de informar: canto máis íntima sexa a información que se pide e menor a obrigatoriedade de informar, máis argumentos ten para negarse a facer o informe e, viceversa, canta maior sexa a obrigatoriedade e menos transcendente a parte de intimidade sobre a que se solicita información, máis pode arriscarse a emitir o informe. En calquera caso, a decisión ten que ir precedida dunha reflexión que, se é posible, é mellor facelo de maneira deliberativa nun contexto de traballo en equipo e contando coa colaboración do cliente. É dicir, en calquera dos casos o cliente ten que estar informado do contido do informe (CD, art. 42 “...O suxeito dun Informe Psicolóxico ten dereito a coñecer o contido do mesmo...”) e, na medida do posible, decidir sobre os contidos que fan referencia ás súas experiencias persoais; non aos xuízos técnicos que son, necesariamente, responsabilidade do profesional. O cliente é experto na súa vida, o profesional éo na intervención psicolóxica (Rodríguez-Arias et al., 1996).

Neste tipo de dilemas tampouco son eticamente válidas as solucións extremas e como sempre é necesario atopar cursos intermedios de acción. Con todo hai unha serie de rutinas prácticas capaces de previr, a maior parte das veces, este tipo de conflitos:

1ª) Toda a información que se require é para o beneficio do cliente. O “material” con que se traballa en Psicoloxía é a intimidade das persoas. En principio, non se necesita coñecer nada que non sexa útil para o fin definido polo cliente e no seu beneficio (CD, art. 39).

2ª) Calquera información proveniente de terceiros sobre aspectos íntimos do cliente debe poñerse no seu coñecemento. Durante o curso dunha intervención é frecuente que, a través doutros colegas, de familiares do cliente ou por outros medios, lle cheguen ao psicólogo informacións que o seu cliente non sabe que sabe. Considérese o seguinte caso:

Sandra, 37 anos, quere separarse do seu marido e solicita axuda psicolóxica para saber como exporllo, porque cada vez que o falan, el oponse e trata de convencerla de que siga con el, para o que acode a familiares e outras persoas con ascendencia sobre ela. Vese incapaz de poñer en práctica o que xa é unha decisión firme. Nunha das sesións comenta que o seu esposo está a ser tratado nesta mesma consulta co fin de que ela non queira separarse del.

Como vai continuar o tratamento con el, unha vez que o psicólogo sabe o que pensa ela sobre a continuidade da relación? Non pode gardar segredo sobre esta información porque iso supoñería unha alianza estable con ela que, previsiblemente, interfere na súa alianza con el. O problema resólvese se o psicólogo consegue autorización dela para falar con el sobre calquera dos temas tratados con ela. Tamén facilita o traballo se se consegue esta mesma autorización del na seguinte consulta.

Xestionar unha información secreta é unha cuestión delicada nunha relación de confianza. En aras dunha boa relación terapéutica, o psicólogo debe informar o seu cliente de calquera información relevante que teña coñecemento. Ao facelo móstralle a súa lealdade a cambio do cal se espera que o cliente responda con confianza.

3ª) Solicitar o seu consentimento nun contexto de beneficios para el mesmo. Cando o psicólogo pide permiso para comentar determinada información cun terceiro faino polo ben do seu cliente. É posible que este perciba que se poden derivar consecuencias non desexadas para el, pero non ten por que ser así.

Felipe está de baixa laboral por unha intensa reacción de ansiedade. Durante un incendio forestal o lume chegou ás portas da súa casa, mentres el se atopaba no seu posto de traballo, polo que non puido intervir para protexer a súa familia e a súa propiedade. Desde entón non pode afastarse moito da súa casa sen sufrir crises de ansiedade, que o obrigan a volver á súa casa e, en consecuencia, tampouco pode acudir ao seu posto de traballo, que está a uns vinte quilómetros do seu domicilio.

Desde diversos enfoques terapéuticos o tratamento apropiado para este tipo de situacións consiste na exposición á situación temida, polo que a baixa laboral non axuda a que Felipe se expoña ao temor de afastarse da súa casa e, por tanto, máis que unha solución pode entenderse como unha ferramenta mantedora do problema.

A Inspección Médica solicita un informe psicolóxico para saber se Felipe debe seguir ou non de baixa. O informe di que "...tanto a medicación, como a baixa laboral son solucións temporais e cun probable efecto iatroxénico, porque contribúen a que o problema se manteña, dificultando unha evolución positiva do tratamento psicolóxico."

No informe exprésase unha opinión profesional, unha valoración técnica, coa que se pode estar ou non de acordo. Non hai ningunha información directa sobre a intimidade do paciente, pero non cabe dúbida de que se está facendo referencia á súa vida e cando o inspector lea o informe vai tomar decisións coas que o paciente probablemente non estea de acordo.

O dilema preséntase entre o criterio do paciente, que prefire seguir de baixa (*Autonomía*) e o criterio do profesional para facilitarlle a resolución do problema (*Beneficencia*) e evitar solucións que considera iatroxénicas (*Non-maleficencia*). A confidencialidade entra en xogo cando o paciente pide ao profesional que non emita o informe. A resolución deste dilema require tomar o tempo necesario para chegar a un acordo. O profesional considera que concesións facer, a cambio de que. As súas prioridades son conseguir que o tratamento sexa efectivo, co que Felipe volverá traballar, e manter o clima de lealdade e confianza necesario para a alianza terapéutica. Pódese acordar, por exemplo, unha data para incorporarse ao traballo a cambio de apoiar a baixa laboral durante un tempo limitado e expresar este acordo no informe. Tamén é unha opción que o cliente autorice o psicólogo a que emita o informe, aínda non estando necesariamente de acordo co seu contido.

4ª) Ler o informe a todas as persoas nel involucradas. A miúdo nos informes psicolóxicos, especialmente nos periciais, describíense eventos que afectan a outras persoas que están relacionadas co suxeito do informe. No informe sobre a separación matrimonial de Rafael pódese ler...

"A partir do que refire Rafael, dá a impresión de que a súa esposa é unha muller moi estrita, rixida, incapaz de valorar o que el fai por ela, de maneira que os insultos e as infravaloracións son continuas. Provéen dun ambiente familiar violento, cun pai intransixente e de mal carácter. Desde que a súa esposa e o seu fillo viven cos seus sogros, Rafael ten serias dificultades para velo. A súa esposa só permite que o vexa dous días á semana -martes e xoves-, durante unha hora, de 19:00 a 20:00, que é un horario pouco conveniente para o neno e que ela sabe que interfere coa súa actividade deportiva. Segundo refire, a súa sogra presiona para que pai e fillo non teñan contactos normalizados e máis frecuentes."

Neste parágrafo fálase, obviamente, do propio cliente; pero tamén hai comentarios sobre a súa esposa e os seus sogros. Con independencia da solidez do fundamento que teñan os xuízos de valor do psicólogo, está a facerse referencia tamén a aspectos da intimidade destas tres persoas e, por tanto, deben coñecer o contido do informe (CDPs, art. 42) e dar o seu consentimento. Nos termos nos que está redactado é moi pouco probable que o dean, co que o psicólogo deberá corrixilo para que, sen faltar á veracidade, exprese as súas opinións e xuízos clínicos con maior imparcialidade (CDPs, art. 15). Aínda que unha persoa non sexa directamente o suxeito dun informe, se se describe algún feito relacionado con ela ou se expresa algunha opinión que afecta, directa ou indirectamente, á súa intimidade, é necesario solicitar o seu consentimento. Unha medida sinxela é ler o informe a todas as persoas implicadas e darlles a oportunidade de que expresen o seu acordo ou desacordo.

Nos informes resulta pertinente distinguir entre feitos e opinións. Os primeiros son externos e obxectivos, no sentido de que non dependen da valoración dos observadores que os presencian. As opinións, en cambio, son subxectivas e, por suposto, discutibles. Cando moitas persoas están de acordo nunha determinada opinión fálase de consenso, pero non por iso a opinión se converte en feito. O que un determinado equipo de baloncesto gañe máis partidos que outro é un feito. Que o que gaña máis partidos é mellor equipo, é unha opinión; como tal, pode ser compartida por moitos afeccionados, pero non deixa de ser unha opinión, nin pasa a converterse en feito. Nun informe psicolóxico non se deben poñer feitos falsos, nin omitir feitos pertinentes para o seu obxecto (CDPs, art. 48). Quen coñece os feitos son os que participan directamente neles. O psicólogo debe corrixir todos os feitos que non correspondan coa "realidade" que viviron os seus clientes. En cambio, pode e debe poñer os seus xuízos profesionais -opinións- de maneira fundamentada e clara (CDPs, art. 48), o que non implica que os seus clientes ou outros profesionais teñan que estar de acordo con elas.

5ª) Actuar con transparencia. Se, finalmente, decide facerse unha excepción e elaborar un informe psicolóxico en contra do desexo do cliente e non contando co seu consentimento, é preferible comunicarllo e entregarllo, igualmente, para que o lea e teña coñecemento do mesmo. Ao facelo así, estase a actuar en contra do seu criterio, pero con lealdade e transparencia. Desde unha análise comunicativa, espérase que o desacordo no contido se compense coa aceptación relacional que supón esta mostra de confianza (Watzlawick, Beavin e Jackson, 1967). Confianza que é a base de calquera boa relación, desde os negocios ao amor e, por suposto, é o fundamento máis sólido para a boa relación terapéutica, clínica ou profesional que, á súa vez, predí un bo resultado (Horvath, Del Re, Flückiger e Symonds, 2011).

3 As confidencias no curso dunha intervención psicolóxica

Pedro e Carmen, de 40 e 42 anos, levan casados 16 anos, asisten a unha terapia de parella por problemas de comunicación. Non teñen fillos. Carmen quere sentirse máis comprendida por Pedro porque non ve que el se interese por compartir actividades. Ela, ao volver do traballo, vai á casa e espera a que chegue Pedro para ter ocasión de facer algunha actividade xuntos. Pedro sae máis tarde de traballar, con frecuencia ten que ampliar o horario ou ten compromisos tras o horario laboral, polo que chega a casa á hora da cea ou máis tarde. Cando chega ve a Carmen desgustada e con mala cara. Recrimínalle a súa tardanza, o seu desinterese cara a ela e exponlle as súas sospeitas de que lle sexa infiel. Pedro négao e para evitar que a discusión suba de ton íllase coas súas cousas.

Tras unha sesión na que ambos os dous discuten por reproches dela e as excusas del, Pedro ponse en contacto telefónico co psicólogo para contarlle que a razón dos seus atrasos na chegada a casa é que ten un fillo de 10 anos do que Carmen non ten coñecemento. Non recoñeceu o fillo, pero si axuda economicamente a súa nai, da que nunca foi nin quere ser parella. Tres días por semana, ao saír de traballar, vai buscar o seu fillo á saída do adestramento, convídao a algo e acompañao ata a porta da súa casa. Por suposto, non quere que o psicólogo diga nada a Carmen desta conversación, porque "sería a puntilla para o noso matrimonio e a relación con esa muller foi algo excepcional e sen sentido. Axúdoa para que o meu fillo teña o mesmo que outros nenos e para que ela non lle comente nada a Carmen".

Con esta confidencia, feita coa intención de que o psicólogo comprenda o que lles pasa e poida axudalos mellor, Pedro pono nunha situación terapéutica imposible. Se garda o segredo fai unha alianza estable con Pedro que entorpece a necesaria alianza con Carmen, rompe a imparcialidade (CDPs, art. 15) e aumenta a incerteza sobre o bo resultado da intervención psicolóxica. Se, pola contra, na seguinte entrevista alude ao falado con Pedro, rompe o seu compromiso de confidencialidade e a incerteza dispárase. Carmen romperá a relación con Pedro?, abandonarán o tratamento ambos?, só Pedro? Sen dúbida, ningunha das dúas é unha boa opción.

Hai unha forma sinxela de evitar este tipo de conflitos. Xeralmente, cando as persoas van contar un segredo, avisan de que o que van contar queren que se garde en segredo. É moi posible que Pedro iniciase a conversación dicindo... "chámoche porque quero contarche algo moi importante e non quero que se decate Carmen". Aquí o profesional ten unha oportunidade de intervir dicindo... "non necesito saber nada que non poida manexar con liberdade segundo o meu criterio do que sexa mellor para vós e para o curso da intervención". Se Pedro insiste, o psicólogo puiden continuar... "quero que saibas que o meu compromiso cos dous implica que me sentirei libre de comentar con Carmen calquera cousa que me digas, o mesmo que faría contigo se ela me contase algún segredo relevante para os dous".

Unha circunstancia similar prodúcese cando se entrevista por separado a persoas dunha mesma familia. En moitos contextos os psicólogos tratan con familias. As persoas son seres sociais e a familia é o seu núcleo relacional primario. De maneira que calquera intervención psicolóxica que se fai cunha persoa afecta o resto do seu núcleo de convivencia, habitualmente a súa familia. A vida de toda a familia cambia cando cambia calquera dos seus membros.

Ana, 15 anos, e a súa nai, Marta, acoden á consulta de Psicoloxía Clínica. Viven con Francisco -pai- e Cristina -irmá maior-. Contan que Cristina se leva mal co seu pai e o outro día chamou á policía porque Francisco se puxo violento con Ana polos seus malos resultados escolares. Nin Francisco nin Cristina saben que Ana e Marta viñeron á consulta para solicitar unha mediación para evitar que, tras a intervención do xulgado, se produza unha orde de afastamento entre Francisco e Cristina, e un dos dous teña que ir vivir fóra do fogar, cousa que ninguén desexa. Ana négase a que o psicólogo informe o seu pai de que viñeron a esta consulta e Marta apóiaa. Din que ten moi mal carácter e temen a súa reacción se se decata de que pediron axuda psicolóxica.

Neste exemplo, Ana e Marta solicitan unha intervención que afecta a relación entre Francisco e Cristina, que non participan na consulta. Para iso probablemente sexa conveniente que o psicólogo se entreviste con eles, por separado ou en conxunto; coa participación de Ana e Marta ou sen elas. Pero teñen medo de que o resultado de tal entrevista sexa daniño para elas. O psicólogo debe gardar segredo? Francisco e Cristina teñen dereito a coñecer o que Ana e Marta lle contaron?

En principio, o compromiso de confidencialidade é persoal. Ao aceptar unha intervención o psicólogo asume un compromiso de confidencialidade con cada unha das persoas presentes. Outra cuestión é que para que se poida ofrecer unha axuda psicolóxica eficaz o profesional ten que ser libre de manexar as in-

formación que lle confíen con liberdade e guiado por criterios profesionais. A esta liberdade chámasele “capacidade de manobra” (Fisch, Weakland e Segal, 1982). Defínese como a posibilidade do profesional de pedir, propoñer e facer todo o que sexa necesario para o bo curso da intervención que solicita o cliente. En principio a capacidade de manobra abarca todas as circunstancias que se dan nunha intervención e, de forma moi especial, á xestión da información. Obviamente calquera información que lle dese en privado un dos membros da familia está suxeita a segredo e para comentalo con outro é necesario contar co seu consentimento (CDPs. Art. 40).

Nalgunhas circunstancias particulares, como nas intervencións psicolóxicas nas que está directamente implicada a familia, poderíase asumir que os clientes autorizan, implicitamente, o psicólogo para que xestione con liberdade e bo criterio a información que lle ofrecen. Se, máis tarde, outro membro da familia acode a algunha entrevista, o psicólogo ten o consentimento dos seus clientes para falar co recentemente incorporado os temas tratados con anterioridade. Este non é o caso do exemplo, porque explicitamente Ana e Marta negan tal posibilidade. Para resolvelo, o psicólogo necesita exporse se dispón de suficiente capacidade de manobra como para conseguir que a intervención sexa eficaz. En caso afirmativo, pode dar algunha indicación para que Ana e Marta medien entre Francisco e Cristina a través da relación que teñen con eles. O bo resultado desta opción é incerto, pero non imposible. Ao mesmo tempo vaise gañando tempo para ampliar a capacidade de manobra. En caso negativo, primeiro expón que con esta limitación é improbable conseguir o que elas piden. Esta negativa para intervenir é unha forma de aumentar a capacidade de manobra (Fisch et al. 1982. pp. 64). Ana e Marta poden facer concesións para o uso libre da información se se lles ofrece a seguridade que necesitan para asumir o risco de expoñerse á reacción de Francisco, e apoio para xestionar calquera posible reacción temida. Canta maior sexa a seguridade e o apoio que o psicólogo sexa capaz de ofrecer, maior será o risco que os seus clientes estean dispostas a asumir. Tales valores ofrécense a través da alianza terapéutica (Bordin, 1994). O psicólogo, tras dedicar un tempo para facer manobras para consolidala volve solicitarlles o consentimento para entrevistarse con Francisco e Cristina. En caso contrario, debe renunciar a continuar unha intervención polas escasas probabilidades de alcanzar os obxectivos dos seus clientes nas circunstancias actuais (CDPs, art. 26).



unsplash.com
©charlesdeluvio

4 Comentario final

A confidencialidade é tan importante para o desenvolvemento dun bo traballo, que a maioría dos profesionais, na maioría das circunstancias, a antepoñen a case calquera outro valor. Con todo, ás veces vese cuestionada. A seguridade das persoas, a obriga de denunciar, a necesidade de compartir informacións con outros profesionais ou con outros familiares, a xestión da información dentro das familias e outras circunstancias levan os profesionais a cuestionarse os límites do seu compromiso de confidencialidade.

Ningún valor é absoluto. A confidencialidade é unha norma que guía o profesional no desenvolvemento do seu traballo. Cuestionarse o compromiso de confidencialidade é unha excepción que, pola súa condición de tal, debe estar debidamente xustificada antes de levar á práctica. Afortunadamente, os psicólogos teñen formación e ferramentas para abordar os conflitos que se expoñen coa confidencialidade. Non en balde son expertos no manexo da comunicación. Así, cando os recursos doutros profesionais se esgotan, os psicólogos están en condicións de dar un paso máis no proceso de negociación cos seus clientes para chegar a unha solución acordada que sexa aceptable para todos os implicados no conflito. Por iso, antes de considerar faltar ao seu compromiso de confidencialidade -cunha denuncia, nun informe...- merece a pena buscar novos puntos de acordo, exporse se a boa práctica, a ética e, en última instancia, a lei, non permiten máis flexibilidade para facer novas concesións que faciliten unha solución acordada ao dilema e conseguir que a confidencialidade quede a salvo.

Na resolución dos dilemas, cando a confiabilidade gaña, toda a Psicoloxía gaña; cando perde, vén abaixo a relación profesional e con ela unha parte do prestixio da Psicoloxía, que tanto esforzo custa conseguir.

“Cuestionarse o compromiso de confidencialidade é unha excepción que, pola súa condición de tal, debe estar debidamente xustificada antes de levar á práctica”.



FERRAMENTAS

FERRAMENTAS

ELEMENTOS DUNHA INTERVENCIÓN NARRATIVA NO TRAUMA RELACIONAL

F. Javier Aznar Alarcón

PSICÓLOGO CLÍNICO, PSICOTERAPEUTA E SUPERVISOR. COORDINADOR DOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN A MENORES VÍTIMAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL E DE VIOLENCIA SEXUAL DA XUNTA DE GALICIA (FUNDACIÓN MENIÑOS).

✉ f.javieraznar@gmail.com

Nuria Varela Feal

PROFESORA TITULAR DA UNIVERSIDADE DA CORUÑA. GRUPO DE INVESTIGACIÓN FILOSOFÍA, CONSTITUCIÓN E RACIONALIDADE.

✉ nuria.varela.feal@udc.es

RESUMO: A intervención no trauma relacional complexo implica atender dúas dimensións, unha vertical, que corresponde á biografía do paciente, e outra horizontal, que corresponde cos acontecementos relacionais que se dan no aquí e agora da intervención. Ambas as dimensións inextricables só aparecen illadas baixo a perspectiva do observador. O terapeuta, mantendo ambas as dúas en mente, debe decidir, estreteiramente, cal atender en cada paso da terapia.

PALABRAS CLAVE: Apego, narrativa, trauma relacional, self.

ABSTRACT: Complex relational trauma intervention requires focusing on two dimensions, the vertical one, that corresponds to the biography of the patient, and the horizontal one, that has to do with the relational events that happen at the here and now of the treatment. Both inextricable dimensions only appear isolated under the perspective of the observer. The therapist, keeping both in mind, must strategically decide which one they are going to put the focus on at every step of the therapy.

KEY WORDS: Attachment, narrative, relational trauma, self.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Abele, A. E.; Wojciszke, B. (2014). «Communal and agentic content : a dual perspective model».en *Advances in Experimental Social Psychology*. Vol. 50, págs. 189-255.

Aznar, F. J. (2012). «Relatos, apegos y terapia familiar sistémica con niños y adolescentes» en *Revista de Psicoterapia* 23 (90-91), pp. 63-76.

Bowlby, J. (1989). Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Barcelona: Paidós.

Byng-Hall, J. (1995). *Rewriting Family Scripts. Improvisation and System Change*. New York: The Guilford Press.

Cancrini, L. Océano borderline: viajes por una patología inexplorada. Barcelona: Paidós, 2007.

Diamond, G. M.; Diamond, G. S.; Liddle, H. S. (2009)- «The Therapist-Parent Alliance in Family-Based Therapy for Adolescents» en *Journal of Clinical Psychology/In Session*, 56:25, págs.1037-1050.

Hofstader, D., Sander, E. (2018). La analogía. Barcelona, Tusquets Editoriales.

Lamas, C. (2007). «Para comprender la adolescencia problemática» en *Redes: revista de psicoterapia relacional e intervencións sociais*, nº 18, pp. 63-85.

Polkinghorne, D. E. (1989). *Narrative Knowing and the Human Sciences*. Albany: New York Press.

Vetere, A., Dallos, R. (2012). Apego y terapia narrativa: un modelo integrador. Madrid: Ediciones Morata.

Yárnoz, D. (2008). La teoría del Apego en la Clínica, I: evaluación y clínica. Madrid: Psimática.

John Bowlby, o pai da Teoría do Apego, anticipou algunhas ideas fundamentais para entender os contextos biográficos e relacionais nos que as dificultades das familias cobran sentido: «ao subliñar a enorme influencia que exerce a nai no desenvolvemento do neno, tamén é necesario considerar que factores a levaron a adoptar ese estilo nos seus coidados. Un factor que ten unha grande influencia é o grao de apoio emocional -ou a falta del- que ela mesma recibiu no seu momento. Outro é o tipo de coidados maternos que ela recibiu de nena. Unha vez recoñecidos estes factores, a idea de culpar ós pais desvanécese e queda substituída por un enfoque terapéutico» (Bowlby, 1989, p. 148). Na nosa forma de entender a aplicación da teoría do apego cos menores en situación de risco, de aquí podemos derivar dúas lecturas simultáneas: a primeira é unha lectura *vertical*, interxeracional, das dificultades no contexto de crianza (e tamén fundamentalmente despatoloxizadora: as dificultades compréndense ao reconstruír unha historia que integre os acontecementos que as diversas xeracións deben afrontar co seu contexto e circunstancias actuais). A segunda é unha lectura *horizontal*, sistémica, ao considerar que as pautas que vai integrando o neno como aspectos da súa personalidade e o modo en que os pais os tratan son mutuamente influentes. É dicir, se os coidadores responden ás necesidades dos menores baseándose nas claves de lectura derivadas da súa propia experiencia, os intentos de adaptación dos menores ás dificultades dos seus pais poden corroborar esas mesmas claves de lectura na medida en que poden ser ameazantes para eles. Unha das nosas pacientes era a nai dun precioso bebé. Sendo gravemente maltratada pola súa propia nai, buscaba confirmar que ela era unha boa nai para a súa filla. O seu temor levábaa a reaccionar de maneira ambivalente coa súa filla: nos momentos nos que resultaba difícil acougala, axitábase sentindo que o pranto da súa bebé confirmaba que non era unha boa nai, polo que se anoxaba con ela e respondía de maneira agresiva. Logo, a culpa levábaa a querer compensala cun trato sobreprotector e asfixiante. Ambas as reaccións afectaban á bebé, oscilando esta en separarse da súa nai e, simultaneamente, mostrándose desconsolada. De novo estas reaccións volvían frustrar á nai, cristalizando a interacción problemática. Como vemos, ambas as lecturas, vertical e horizontal, son recortes da experiencia que parten da perspectiva que elixe o observador, pero danse simultaneamente e son recursivas. Tal e como ocorre no famoso cadro de M. C. Escher *Mans debuxando*, no que dúas mans se dan vida unha á outra, o interxeracional xera procesos sistémicos, pautas de interacción aquí e agora, que realimentan os procesos interxeracionais.

Estas dimensións poden verse como unha liña de organización entre moitos modelos de psicoterapia e, máis en concreto, na terapia familiar. Os de orientación máis psicodinámica, *verticais*, adoitan criticar a falta de profundidade nos modelos de tipo horizontal, especialmente naqueles definidos pola intervención breve, estratéxica, centrada na solución de problemas. Os *horizontais* adoitan supor, á súa vez, que os verticais se distancian das dificultades concretas das persoas ás que tentan axudar ou das súas capacidades para afrontalos. As dúas posicións, cando son levadas ao extremo, adoecen dunha falta de complexidade xa que están inextricabilmente interrelacionadas. A nosa proposta é que o profesional, ténndoas en mente, debe decidir, estratéxicamente, cal das dúas (ou as dúas de forma inclusiva) se explicitará no transcurso da intervención atendendo ás expectativas dos pacientes, ao nivel de crise no momento en que actuamos, á capacidade de diálogo das persoas que rodean á vítima, seguir a consigna de evitar unha experiencia de retraumatización e ao nivel de confianza e seguridade que se puido establecer no contexto da intervención.

Os contextos en que traballamos con menores vítimas de trauma relacional implican, con frecuencia, a inclusión de membros da familia ou doutros profesionais (educadores sociais, psicopedagogos, traballadores sociais etc.). As entrevistas en servizos psicosociais e de saúde mental son unha experiencia que estimula a disposición ao apego dado que, por definición, a persoa que acode está en situación de pedir axuda a alguén

unsplash.com
©nickwilkes

a quen se lle supón a competencia para ofrecela, sumado á expectativa de que, no transcurso da conversación, sairán a relucir dificultades e, con frecuencia, sentimentos relativos á tristeza, a angustia, a vergoña e/ou a culpa. As familias e os menores arrastran consigo a estes contextos os nós sen resolver das súas experiencias, pero cunha dificultade engadida á intervención individual: os membros da familia non poden controlar que é o que outros membros ou os profesionais van pensar, revelar e/ou actuar. Noutras palabras, esta situación de vulnerabilidade activa a necesidade de apego, de maneira que con toda probabilidade os membros da familia presentes porán en acción, diante dos profesionais, os guións cos que organizan a súa forma de responder as situacións ameazantes co risco de que os terapeutas sexan recrutados no guión familiar (ou pola perspectiva dalgunha parte da rede profesional). Hofstadter e Sander explícanos que ningún pensamento pode formarse con independencia do pasado, ou, para ser máis precisos, non poderíamos pensar de non ser polas analoxías que ligan o noso presente co noso pasado (Hofstadter e Sander, 2018, p. 46). As situacións de relación cos nosos cuidadores e persoas significativas, a través da repetición, interiorízanse como moldes, filtros perceptivos conectados estreitamente coa nosa memoria, a través dos cales interpretamos as experiencias que vivimos e dámoslles sentido, anticipamos a resposta dos demais cara ás nosas necesidades de proximidade e intimidade, considerámonos dignos ou non da atención dos demais ante as nosas necesidades afectivas, e regulamos a nosa conduta e emoción en base a eles. As situacións de trauma relacional supoñen unha distorsión da percepción dun mesmo e das relacións para adaptarse ás experiencias psicolxicamente extremas que se afrontan. Desde a perspectiva que estamos a seguir, a forma na que estes modelos están configurados é basicamente narrativa: permiten simular na nosa mente escenas con inicio (*necesito que me tranquilicen o temor que sinto*), nó (*atrévome ou non a dar o paso de buscar que a miña nai- ou a persoa que se propón para ocupar a posición de figura de apego no seu lugar- habitualmente fría, o faga*) e desenlace (*fluxo da escena negándome o meu propio temor e quedándome desprotexido*) e centran a súa atención nas motivacións e estados mentais dos personaxes (*por exemplo, a miña nai actúa así porque quere que sexa forte como ela*) e convértense nun mediador entre a realidade externa e a miña interpretación do que ocorre, é dicir, o meu *mapa do mundo*. Da mesma maneira que estas configuracións narrativas permitenme clasificar, asignar un sentido e anticipar o que vai ocorrer, as interaccións familiares e as interaccións cos profesionais organízanse mutuamente, de maneira que as diferentes narrativas conflúen en pautas e patróns, regras e crenzas compartidas ou contrastadas sobre como afrontar as dificultades e as perdas e abordar os problemas da vida cotiá e as necesidades de proximidade e intimidade (Bying-Hall, 1989). Os guións familiares precisan de flexibilidade para actualizarse segundo os acontecementos e o cambio nas necesidades, e o momento do ciclo vital da familia e os seus membros. Isto pode supor un reto para o diagnóstico do problema: cando os nenos viven situacións traumáticas ou unha dificultade alon-

gada no tempo na accesibilidade emocional dos seus pais ou cuidadores, estas poden afectar o seu desenvolvemento e as súas capacidades cognitivas e o control das súas reaccións emocionais e condutuais sen que a orixe relacional da dificultade se faga evidente. En consecuencia, poden levar a considerar os seus problemas unicamente como unha condición interna. Entendelos así pode resultar tranquilizador para adultos esgotados e frustrados (familiares e profesionais), pero condúcennos a unha situación complicada cando estes síntomas son, en realidade, estratexias secundarias de apego que os menores desenvolveron ante as dificultades no sistema de apego-coidado, e pode provocar unha restrición na capacidade de reacción dos terapeutas forzando aos nenos e adolescentes a seguir repetindo as mesmas estratexias que se manifestan como o problema (Vetere e Dallos, 2012). Á súa vez, o incremento das dificultades dos fillos reforza a cristalización das respostas pouco adecuadas dos pais. Refórzanse, na dimensión *horizontal* que mencionabamos anteriormente, os patróns de descontro entre pais e fillos (o que tradicionalmente se entende en terapia familiar como *procesos irónicos*, nos que o intento de solución reforza o problema). Na dimensión *vertical* xérase unha transmisión interxeracional na que os fillos quedan atrapados polas distorsións coas que os seus pais puideron elaborar a súa experiencia nas súas familias de orixe e que modulan a forma na que poden entender e atender as necesidades e motivacións dos seus fillos (Aznar, 2012). Esta dificultade de sincronización entre as necesidades dos fillos e a capacidade dos pais para afrontalas pode levar a unha exacerbación das posturas que se mostren nas primeiras entrevistas, ou ao tratar os nós de especial dificultade nas súas biografías ou na súa relación. Os *malentendidos* na interpretación das dificultades duns e outros aumentan o risco de comprometer ao terapeuta obrigado a tomar partido por unha escalada entre versións incompatibles entre si. Estes achados permiten presupor que a relación entre a alianza terapéutica e o intento de reparar o vínculo estriba en que son procesos isomórficos: ambos os dous comparten a necesidade da validación da experiencia de todos os implicados, unha contorna segura que permita a expresión emocional e un sentido de pertenza, que se atopa representado, na terapia, polo feito de estar enrolados nun obxectivo común. O terapeuta debe priorizar a construción dun clima de seguridade e, a través da súa receptividade cara ás preocupacións dos diversos membros, alimentar a súa participación no proceso. Harris (cit. en Yárnoz, 2008) analizou o impacto da disposición dos pacientes na construción da alianza terapéutica, suxerindo que as diferenzas con respecto ao apego das persoas que piden axuda esixe flexibilidade por parte do terapeuta para cambiar o foco ao aspecto da relación máis vulnerable. Desde este punto de vista podemos inferir unha relación circular entre a alianza e as dinámicas de apego na familia e cos profesionais: a disposición insegura ao apego implica a necesidade de recorrer a estratexias específicas por parte do terapeuta para recoller a vulnerabilidade das persoas coas que traballamos, e o establecemento dunha sólida e flexible alianza permítilles á súa vez ensaiar outras perspectivas e novas formas de relación. A

literatura parece confirmar a importancia e complexidade do equilibrio nas alianzas que se establecen entre terapeutas, pais e adolescentes para o desenvolvemento da reparación do sistema de apego-coidado (Diamond et al., 2009), poñendo de relevo a necesidade de estudar as diferentes dimensións da alianza terapéutica e o seu peso específico no esforzo de reparación do vínculo no desenvolvemento do proceso terapéutico, de maneira que permita priorizar o foco da intervención e expor estratexias terapéuticas. A nosa propia elaboración suxire que a incidencia en aspectos concretos da alianza terapéutica afecta a aspectos específicos do sistema apego-coidado. En concreto, que a promoción da conexión emocional apoia o incremento da función reflexiva nos pais con respecto aos seus fillos e que, fronte á hostilidade e o discurso negativo, apoiar a seguridade na sesión promove o incremento da sensibilidade coa que os pais entenden as emocións dos seus fillos.

As persoas con maiores dificultades tamén son as que poden verse atendidas por unha rede de profesionais máis ampla, o que nos obriga a engadir á ecuación as diferentes expectativas e motivacións dos profesionais envoltos na situación. Os profesionais, que carrexan na súa memoria as súas propias experiencias co coidado, e as institucións, que teñen os seus propios guiños que ditan que é posible e que non e como ler o que ocorre coas familias, interactúan coas mesmas dificultades, nós e posibilidades de cambio que os membros da familia entre si. De maneira que as institucións e redes profesionais, a pesar da súa vontade de prestar axuda e coidado, poden adoeecer da mesma falta de sensibilidade, de flexibilidade metacognitiva e de complexidade que os pais con dificultades cos seus fillos. Cando os puntos cegos da familia ou do paciente se enredan cos da rede profesional é cando se xeran isomorfismos, é dicir, o sistema que se xera mantén a mesma estrutura problemática que tenta reparar, e que se poden manifestar nunha narrativa dominante na que se responsabiliza á familia, ou ao paciente, ou aos colegas, da dificultade ante o bloqueo do proceso. O que podemos destilar disto é:

1. Tan importante como xerar unha alianza de traballo cos pacientes é xerala coa rede de profesionais implicados.
2. Nos encontros entre profesionais pode darse unha pugna (explícita ou implícita) polo punto de vista dominante sobre o que ocorre na familia e o que hai que resolver na terapia e como facelo.
3. A saturación de problemas, a falta de esperanza, o impacto do trauma nas familias, poden amplificarse cando a mirada dos profesionais *resoa* na mesma *lonxitude de onda* e as intervencións erradas reportan frustración, alarma ou impotencia nos profesionais.
4. É preciso introducir, na visión do que ocorre coa familia ou co paciente, a forma na que os profesionais están a incidir.
5. Na medida en que os profesionais sexan capaces de xerar unha base segura para a familia (ou para os membros susceptibles de recibir axuda), pódese reverter o proceso alimentando a súa sensación de competencia (duns e doutros) e volvéndoos co-partícipes das decisións sobre o curso da intervención e da súa propia vida.
6. É preciso pór atención en diferenciar o esperable (aquilo que os profesionais quixerían que as familias fixesen) co posible (aquilo que as familias son realmente capaces de facer atendendo ás súas circunstancias e ao peso do que viviron).
7. Se os terapeutas teñen o papel de traducir o sufrimento e dificultades da familia entre eles e amplificar as súas posibilidades, competencias e momentos de conexión teñen que asumir que, para facelo con éxito, deben facer o mesmo esforzo de tradución entre a familia e a rede, posto que os avances teñen que quedar ancorados nas narrativas profesionais.

“A promoción da conexión emocional apoia o incremento da función reflexiva nos pais con respecto aos seus fillos”.

Pola contra, os profesionais poden verse involucrados no nó entre as dificultades propias das familias e as dos seus contextos de intervención e corren o risco de verse arrastrados por eles. O terapeuta debe pensar en termos de construír unha alianza terapéutica con todos (rede natural e rede profesional) que permita compartir o sentido de seguridade e explorar a situación para elaborar unha definición da situación compartida na súa maior parte, que permita unha vía de axuda para a familia. Pero a alianza non é a terapia, senón a construción dunha base segura que permite e sostén o desenvolvemento da terapia. Soster a alianza e reparala cando está en risco son dous esforzos imprescindibles. Pero, ademais, hai que tomar decisións operativas no curso da terapia sobre o ritmo das intervencións, sobre que aspectos deben priorizar os equipos terapéuticos, e sobre como evitar que haxa unha transmisión das dificultades relacionais destas familias ao contexto da intervención para o que hai que penetrarse na historia latente das persoas ás que pretendemos axudar e traballar na construción de sentido que permita vivir dunha maneira mellor.

En consecuencia:

- Necesitamos desenvolver unha disciplina interna de autocoidado tanto o profesional como os equipos (múltiples actividades posibles engrenadas en tres áreas): 1) procura de apoio na contorna profesional (co equipo, na supervisión) e o persoal (círculo íntimo e na propia terapia); 2) a través do contacto con outras persoas e actividades contendo o espazo que o traballo cobre no conxunto da vida; 3) procurando distancia e reflexión sobre o proceso de intervención a través da supervisión, a formación continuada, a creatividade (diario, pintura, música etc.).
- Nas situacións de dificultade, buscar un elemento común entre a miña dificultade co caso e a dificultade que afronta a vítima ou a familia (que nos poden colocar nunha posición de simetría ou complementariedade), que é a base para o isomorfismo.
- Focalizar no núcleo emocional comprometido.
- Facer algo diferente, algo que trate de saír do guión que se destila dos dous puntos anteriores.

Laura, unha moza de quince anos, é derivada a unha unidade de hospitalización parcial para adolescentes por presentar un elevado risco de autolise. Nos seus antecedentes consta estar ingresada nun centro privado especializado no tratamento de trastornos alimentarios, do que sae de forma precipitada despois dun intento de suicidio por inxesta de fármacos de alto nivel de letalidade e que acaba nun ingreso hospitalario. Un mes despois da alta volve ser ingresada por un segundo intento. Os informes expoñen que, naquel momento, presenta ansiedade, perfeccionismo, trazos marcados de histrionismo, tendencia á manipulación, baixa empatía, conduta impulsiva, insomnio, pesadelos, indiferenza afectiva, ideas de culpa, incapacidade e desesperanza, ideación suicida, defensas de tipo

obsesivo e mecanismos de racionalización e intelectualización. Tamén se sinalan ingresos anteriores a través do servizo de urxencia por intentos de autolise de diversa gravidade.

Detrás deste profuso listado de síntomas atopamos unha moza que se enfrenta cun sentimento de baleiro que ameaza con afogala irremediamente. Mostra unha clara dificultade coas súas relacións. Víveas con profundo malestar e oscila entre o namoramento e a idealización dos primeiros encontros e o violento rexeitamento posterior. Manifesta sentir noxo polo seu corpo, á vez que viste con roupa que deixa moito del ao descuberto e que devolve unha imaxe moi sexualizada. Ten un abanico de síntomas que varían desde as oscilacións do humor (de momentos de profunda depresión a reaccións eufóricas nas que se sente capaz de todo) a crise de ansiedade, episodios de axitación motora na casa e fóra dela e episodios bulímicos. Pasa velozmente da sedución á ameaza, que nalgún momento do proceso terapéutico derivará en episodios esporádicos e breves de agresión cara a varios dos profesionais do hospital, aínda que sempre de forma contida (tentar golpearme no peito ou tirar algún obxecto a alguén cunha sospeitosa mala puntaría). Interrompeu os seus estudos por non sentirse capaz de seguielos. É difícil que ao longo do día non haxa alguén, profesional ou paciente, que non veña a falar dela porque perdeu o control, rompeu algunha cousa, pelexouse, quereuse marchar precipitadamente ou os desborda mostrando unha tristeza abafadora. Esperta intensas reaccións nos compañeiros, educadores e terapeutas, que poden oscilar entre o rexeitamento e a angustia e a sobreimpliación, pero coincidindo todos na dificultade común de non poder evitar tela en mente. É ilustrativa unha escena que se desenvolve no despacho da súa psiquiatra referente: despois de ter as entrevistas de valoración e de programar o ingreso no hospital, a psiquiatra coméntalle que lle parece vela algo mellor e un pouco máis animada. Case de forma inmediata, Laura colle o teléfono da mesa, arríncao da conexión na parede, e empeza a golpear con el os obxectos do consultorio, ata que esta ten que recorrer á axuda doutros profesionais para conter á moza. Tras uns días máis de observación proponlles, a ela e á súa familia, un programa de intervención en tres niveis: tratamento psicofarmacolóxico para os síntomas de disregulación emocional e condutual, acompañamento dos educadores na integración nas actividades grupais do hospital e psicoterapia na nosa unidade de terapia narrativa e de apego.

Carlos Lamas chama aos pacientes como Laura *nenos sufrintes que creceron* (Lamas, 2007). Comparten pasar por experiencias asociadas á perda ou ao trauma na primeira infancia, e pautas de relación na contorna que dificultan a validación das propias necesidades afectivas, cunha abafadora sensación de soidade pouco expresada e aínda menos recoñecida pola contorna, o que é común á maioría dos menores e adolescentes cos que intervimos. Ao chegar á adolescencia, a tensión asociada á eclosión da sexualidade, a progresiva desvinculación da

familia, a elaboración da propia identidade e a posta a proba das estratexias que desenvolveron para regular a proximidade e a intimidade incrementan a aparición dunha situación de crise. Todo este conxunto de síntomas e dificultades é difícil de abordar se non emerxe unha pauta que nos permita conferirlle sentido. Polkinghorne suxírenos que unha intervención guiada pola práctica narrativa debe facer manifesta a narrativa latente, axudar a construír unha narrativa unificada e reconstruír unha interpretación máis útil e coherente (Polkinghorne, 1989). A perspectiva que tomamos fronte ás dificultades que nos relatan define como nos imos a explicar quen é Laura, que dificultades está a tentar resolver coa súa forma de conducirse e, en consecuencia, como imos intervir con ela. Por tanto, non é só unha cuestión de estratexia terapéutica, senón tamén unha decisión ética. Se pensamos nas súas dificultades como intentos, a miúdo contraproducentes, de adaptación a situacións de vida difíciles e, polo menos no momento en que intervimos, carentes de alternativa, lévanos a varias consideracións:

- Nas súas dificultades hai aspectos positivos (mal encamiñados, mal orientados, con falta de flexibilidade, pero que son estratexias postas en marcha para tentar ter algo de control sobre as súas circunstancias e sobre a accesibilidade das figuras de apego ao seu redor) e que, por tanto, poden ser reformulados en termos de capacidades e competencias ás que recorrer;
- Acceder á súa situación familiar e ambiental como o lugar no que buscar sentido e recursos é apelar aos contextos nos que se desenvolveu a súa forma peculiar de atribuír sentido ao que sente e ao que segue sendo o seu contexto fundamental de vida;
- O concepto negativo do *self* que os menores con trauma relacional teñen de si mesmos restrinxe e o sentimento continuo de ameaza dificulta a capacidade para axustar a súa narrativa íntima aos feitos. As súas inferencias sobre o abandono ou os malos tratos se superpoñen sobre o que ocorre *aquí e agora*, limita a posibilidade de representarse escenarios diferentes e restrinxe, en consecuencia, a posibilidade de ter experiencias diferentes ás vividas. A nosa intervención ten que habilitar a posibilidade de propo-los como interlocutores válidos do proceso e axudalos a tomar decisións, acompañados por nós e polas persoas que se impliquen na terapia, sobre o curso do noso traballo en común. Propomos, entón, dous axiomas que serán o fundamento da construción das nosas hipóteses de traballo:
- Entender a conduta do neno e do adolescente, o seu estilo emocional e a forma en que se describe a si mesmo e os demais, como a resposta a un problema do desenvolvemento, fundamentalmente no sistema de apego-coidado. É, por tanto, a solución (estratexia secundaria de apego) a un problema que pode pertencer a outro momento da súa vida e que o contexto no que ten sentido non sexa evidente no momento actual (cando alguén crece, por exemplo, nunha contorna agresiva, non lle fai falta máis que un xesto mínimo, unha mirada, para entender a promesa do castigo, un xesto que pode pasar completamente desapercibido a quen o observa desde fóra). Cando se sufriu trauma relacional, aspectos insignificantes para nós poden funcionar como símbolos da experiencia, detonadores dos sistemas defensivos postos en acción ante os eventos traumáticos e que aparecen agora aparentemente sen sentido, descontextualizado das circunstancias que lle deron orixe.
- As infancias e adolescencias destes pais aparecen como un palimpsesto por baixo das dos seus fillos, e é a través delas que os miran. Canto máis coherente e integrada é a narrativa coa que conciliaron as súas experiencias, boas ou malas, maior probabilidade de que teñan unha mirada sensible e reflexiva cara ás situacións que afrontan os seus fillos. Propomos entender a conduta dos pais, cando hai un trastorno no sistema apego-coidado, como a resposta tamén a un problema da súa propia historia ao



unsplash.com
©acharki95

que hai que volver para reparar a relación entre pais e fillos. Cativados por un pasado traumático, non poden imaxinar un futuro diferente. Elaborar un relato coherente da súa propia experiencia, que ademais de recoller a dor, lles devolva unha identidade positiva e a seguridade para explorar e buscar mellores formas de conectar coas súas emocións e cos demais, é o mediador fundamental para un traballo de revinculación cos seus fillos ou, polo menos, para axudar a entender aos menores as circunstancias que viviron e a tomar distancia delas reconstruíndo unha imaxe máis positiva do seu self.

As sesións coa familia de Laura responden a diferentes convocatorias, nas que vemos á moza xunto aos seus pais divorciados (xuntos e por separado), co seu pai e a nova parella deste, e co irmán de Laura, dous anos menor que ela. As primeiras entrevistas axúdannos a descubrir que a irmá da súa nai morre nun accidente con dezanove anos, xusto ao mes de nacer Laura. Os avós poñen á pequena no centro da súa vida, como se fose a reencarnación da filla perdida (é algo que se expresa literalmente na sesión). A nai da nosa paciente cae nunha depresión profunda, sen palabras para expresar a súa dor a uns avós que negan o sufrimento centrados na neta, da que en parte a desposuíron, e en parte convertiron nunha rival polo seu coidado; e cunha parella, o pai de Laura, que aínda funciona como un adolescente e que non sabe como reaccionar ante a crise da súa muller. Este, que creceu coidando dun pai alcohólico, é tamén un home ferido que se distancia da dor cunha conduta evitativa, contestando con frivolidade e recorrendo á ironía cada vez que un comentario fai referencia a como se sente coas dificultades que están a afrontar.

Laura atopa o seu lugar no mundo como acompañante parentalizada da cronicidade da súa nai, compensando as carencias afectivas das dúas. A Laura, ese papel tan fusionado coa súa nai, no que coidar desta convértese na forma de manexar as súas necesidades de coidado desatendidas, déixaa sen esperanza de recibir coidado e proximidade se deixa de pagar o prezo de satisfacer a expectativa do outro, e restrínxelle a posibilidade de explorar e ensaiar interaccións cos iguais, básicos para a súa adaptación á vida social. Ao chegar á adolescencia establécese un patrón repetitivo no que cada paso de autonomía por parte da moza é acompañado do empeoramento da nai, e cada melloría da nai é acompañada dun empeoramento da filla, consolidando un patrón de *acomodación sistema-síntoma* (a lectura horizontal comentada anteriormente). A forma na que se manifestan estes aspectos de Laura é compartida con outras adolescentes con problemáticas parecidas coas que traballamos: inscribirse no relato dos demais como personaxe *enfermo* dótaas dun armazón de identidade, con poderosos beneficios secundarios (especialmente a sensación de que poden controlar a disposición dos seus coidadores), pero fráxil e insatisfactoria, ao lexitimalas a través dun artificio e non por si mesmas. *Están enfermas, pero non son as enfermas que din que son*. A substancial incapacidade dos pais e dos

avós de Laura para advertir as manifestacións do seu sufrimento, dándolles importancia e interpretándoas correctamente, son elementos fundacionais da súa non recoñecida *infancia infeliz*, que facilitou un funcionamento non integrado da súa mente, bloqueando ou investindo o progreso das súas capacidades para integrar as súas experiencias relacionais nunha narrativa que a presente como alguén susceptible de ser coidada e alentada.

Temos unha sesión individual con Laura que coincide con dous acontecementos relevantes: a recente ruptura cunha moza do hospital coa que iniciara un flirteo amoroso e a marcha da súa psiquiatra, quen se traslada a traballar a outra poboación e deixando a un dos autores como o seu referente. Apenas recoñece, de maneira mecánica, algo de sufrimento por esas dúas situacións de perda pero, máis tarde, volve buscarme para dicirme que sente o impulso de magoarse (o que implica unha acción que nos fala dun aspecto máis positivo do seu *self*: a procura de axuda e contención en alguén a quen empeza a aceptar, con todas as dificultades e temores que leva, a procura dun *porto seguro*). Eu quero saber con que cre que podemos contar para mellorar a súa situación. Sabemos o delicado deste momento porque as dúas perdas activan a idea do abandono e proxectan, na nosa fantasía, a posibilidade de que Laura necesite defenderse do temor de que eu tamén a deixe. Efectivamente, despois duns minutos de conversación, pega unha patada á mesa e rompe un bote con caramelos. A impresión que nos dá é que a súa ira mostra a súa frustración porque as miñas respostas non a acougan, e pola necesidade de negar que poida depender nalgún aspecto da miña axuda. Bowlby estableceu un camiño moi claro sobre a posición dun terapeuta influenciado pola teoría do apego ante estas manifestacións de sufrimento dos seus pacientes: «respectará a aflición ou a ira do seu paciente con respecto á separación e consideraráas como respostas naturais de alguén que se sente apegado a outra persoa, e ese respecto estará implícito en calquera cousa que diga ou faga» (Bowlby, op. cit., p. 176). Fálolle con tranquilidade do asustada que debe estar, de que debe sentir a perda, do difícil que é aceptar que alguén che axude, ter que volver confiar cando se vai quen che está axudando, e que quizais podamos reparar algo cos anacos que romperon (reflexo no que está a ocorrer na sesión do que pode sentir que ocorre cos seus vínculos). Tranquilízase e axúdame a buscar con que recoller o roto, e comprométese a facerme un obxecto nalgún taller para substituír o recipiente. Esta *anécdota* é relevante: da mesma maneira que non esperamos que os pais estean axustados todo o tempo, senón que teñan a sensibilidade de ver cando non están a captar ben as necesidades dos seus fillos e reparar os *curtocircuítos* na relación, os terapeutas tamén temos que aceptar a posibilidade de equivocarnos nas nosas hipóteses e intervencións, e recoñecelo e reparalo na medida do posible, tanto cos nenos e adolescentes como cos pais, dado que a preocupación polos menores pode facernos perder de vista, circunstancialmente, as dificultades que minan a capacidade dos coidadores

para atendelos ben e das que tamén nos temos que ocupar. Unha sospeita persoal é que a mellor alianza cos nosos pacientes non é a que sempre funciona ao mesmo bo nivel, senón aquela que esixe esforzo e reparación, porque alenta a certeza nas persoas ás que axudamos, de que as dificultades non nos desalentarán de seguir propoñéndonos como unha base segura, e que as afrontaremos cando as cousas non estean a saír ben sen transformalos en chibos expiatorios das dificultades na terapia (o que é moi probable que lles ocorreu no seu pasado nas súas propias familias de orixe).

Nas sesións co pai de Laura, o feito de recoñecer a dificultade do papel que se lle asignou de coidador do seu pai (indo buscalo aos bares, tentando evitar que bebese na casa etc.) e de apoio para a súa nai, axudan a que o pai consiga achegarse de forma firme e á vez afectuosa, sendo menos sobreprotector, pero sen sobrevalorar a incipiente capacidade de autonomía da súa filla. Durante a súa infancia e a súa adolescencia sentiuse invisible para os seus pais, enredados polas súas propias dificultades. O seu matrimonio fora unha réplica da mesma situación, coas dificultades da nai de Laura reclamando toda a atención. Ao poder expresar os seus sentimentos cara á súa propia historia e cara ao sufrimento da súa filla comeza a posibilitar a estruturación dun relato coherente onde se poden integrar as dificultades de Laura coa claudicación do seu pai do seu esforzo de facerse cargo, entender que a familia que formaron desenvolveu un guión que replicaba as dificultades da xeración anterior, co pai inhibido na toma de decisións respecto do coidado de Laura, e esta facéndose cargo da enfermidade da súa nai. O pai non soubo como integrarse no triángulo avós-nai-filla e tomou un papel de invisibilidade similar ao que sentiu ter cos seus pais. Agora dábase conta de que estivera tan ausente para Laura como os seus pais estiverano para el, proceso alimentado pola vehemencia das dificultades da súa filla, que o paralizaban.

Pero estaba disposto a reparar no posible a situación. Para Laura, escoitar a reconstrución do pasado do seu pai supuxo probablemente a primeira ocasión de sentir validados os seus sentimentos, á que vez que se pon un freo ao seu descontrol condutual. Isto relaciónase cunha segunda idea clave: a inconsistencia do coidado que recibira Laura e que produce unha burbulla de confusión ao redor das súas emocións e necesidades, tamén afecta ao seu sentido de *axencia*, de poder tomar decisións e facer algo por e para si mesma (Abele, A. E.; Wojciszke, B., 2014). É clara a dificultade de Laura para interpretar as intencións dos demais (por exemplo, a intención de axudala), da mesma maneira que se lle fai difícil crecer sen ter claro de que é capaz e que non, que quere e que non. A actitude do pai, un factor fundamental no tratamento, emerxe aquí como un recoñecemento adecuado e lexitimador das necesidades da súa filla, tanto de protección como de progresiva autonomía. Isto permítelle entender que pode deixar en mans da súa filla, e de que debe facerse cargo. Paralelamente tratamos de axudar a axustar o triángulo que se dá entre Laura, o seu pai e a parella deste. Nunha entrevista individual, esta muller, moi implicada con Laura, cóntanos que sufriu abusos sexuais na súa familia de orixe e que esta experiencia a conectaba profundamente con Laura (quen relata ser abusada na súa preadolescencia por un dos profesionais que a atendeu, sen que esta noticia tivese maior alcance, dado que os pais non lle deron verosimilitude e os profesionais anteriores non lle prestaron atención, entendéndoos como unha manipulación). Como adoita ocorrer, tras unha primeira etapa de namoramento mutuo, estalara a reacción negativa ao vínculo xerándose un proceso irónico: a maior esforzo por achegarse desta muller, maior sentimento de ameaza por parte de Laura (quizais, por temer o rexeitamento dela, quizais por temer repetir a relación coa súa nai, e porque a centralidade desta muller provocaba, de novo, unha maior exclusión do pai). Enfocamos a tarefa da parella como a de alguén que debía, fundamentalmente, dar soporte ao pai máis que a Laura.

“A mellor alianza cos nosos pacientes non é a que sempre funciona ao mesmo bo nivel, senón aquela que esixe esforzo e reparación”.

A súa nai aparece nas entrevistas individuais e nas que acompaña á súa filla ou ao seu ex-marido como a versión adulta e caricaturizada da Laura que ingresou no hospital. Reivindica participar do proceso da súa filla, pero con axilidade sitúase no centro da escena. Para ela, a relación coa moza é moi frustrante e acaba describindo unha pauta entre a procura de axuda mutua, frustración e rexeitamento. Quéixase ademais de non ter ningunha autoridade sobre Laura. Aos poucos vemos como empeza a reproducirse o ciclo de empeorar ela ao mellorar a súa filla, o que se lles explicita a ambas as dúas, á vez que a súa nai pugna por seguir sendo o centro de atención; e esforzámonos nalgunhas sesións conxuntas a axudalas a non reproducir a pauta de coidado e culpa que veñen repetindo e recoñecemos a inseguridade da nai con respecto ao coidado que precisa tentando redirixila aos interlocutores cos que debe afrontar o seu propio baleiro: os seus pais e o seu propio terapeuta. E conseguimos que poidan tomar algo de distancia, polo menos a suficiente como para que Laura poida romper a ata agora trágica identificación coa súa nai e o conflito de lealdade que sofre cada vez que sente ao dar un paso adiante. Mentres, nas sesións individuais, Laura vai ensanchando os círculos da espiral que vai trazando para construír unha incipiente autonomía, dos que rescato algúns episodios: Laura comeza unha relación de parella cun mozo. Anticipase ás críticas que cre que poderíamos facerlle, teme que lle resaltemos os puntos máis débiles da relación. Aceptamos que poida manter esa actitude crítica que me atribúe como un elemento de prudencia colocado en min e que lle permite facerse cargo do seu desexo de explorar. Realiza probas ao longo dos meses de precoz autonomía: retoma os estudos no instituto aínda que os deixa a pesar de que lle van ben. Prefire buscar un traballo, ou estudos menos esixentes. Considera ir vivir co mozo, e ao comentarlle as dificultades que implica a convivencia e a necesidade de que constrúa a súa autonomía desde bases sólidas, anóxase acusándonos de non valorar os seus avances, que xa non a coñecemos e que non lle fai falta a axuda dun psicólogo. Reconstruíndo con ela as secuencias de sesións anteriores constatamos que ampliou a súa capacidade de reflexionar, que ela mesma se fai a crítica, pero que non a pode soportar aínda, como se fose negar todo o bo que hai nela e o que conseguiu. Entón, depositaa en nós, ou nos seus pais, acomodándose na posición oposta, queixándose das críticas que en realidade ela pensou primeiro. Todos estes esforzos sinalannos que este esforzo de incrementar a complexidade e riqueza da súa narrativa non é un fenómeno de *todo ou nada* senón un fenómeno de transformación continua e de crecente complexidade. É frecuente que, en situacións así, observemos aos nosos pacientes dar pasos atrás e parecer que se desvanecen os cambios que conseguiron. Pero hai outra lectura posible, a de que estes movementos sexan a aparente desorde que xorde cando o noso modelo interno está a tentar asumir un maior nivel de complexidade, cando os membros da familia están a saír do guión e empezando a probar novas formas de achegarse e de intimar. O medo ante o cambio lévaos a reaccionar agarrándose á sensación de seguridade dos vellos hábitos. Se os terapeutas non o entendemos así, ou nos desalentamos,

podemos deixar de soste este proceso nun momento crucial. Que a nai poida timidamente saír do centro da escena, aínda que só sexa ocasionalmente (ou, en calquera caso, que nós manteñamos a Laura no centro do relato), que o seu pai asuma e lexitime o recoñecemento do seu sufrimento, que a parella do pai axude desde unha distancia estratéxica ocupándose lexitimamente do apoio deste home, parecen posibilitar que Laura poida empezar a afrontar o medo ao abandono e as súas carencias afectivas. Posiblemente, este período é o primeiro na súa vida no que sente que, por detrás do ata agora pobre repertorio de habilidades para a relación, válida e lexitima a súa vivencia emocional. Con altos e baixos, Laura é capaz durante os dous meses seguintes de mellorar a relación cos seus pais, de recoñecer que vai ir colaborando en construír unha situación de sobreprotección e crítica tanto na casa como no hospital, e que está a avanzar. A estabilidade dunha unidade de intervención, o acompañamento paciente e respectuoso por parte dos profesionais, a pesar das sucesivas provocacións e o traballo no grupo con outros mozos e mozas, permiten construír unha especie de espazo transicional, unha base segura, na que poder explorar as súas dificultades, asumir unha forma de vinculación adaptada ás súas necesidades e integrar a súa visión extremadamente polarizada en malo-bo dos demais, nun relato máis complexo e coherente. No esforzo por comprender a vivencia de Laura e dos mozos e mozas como ela, pasamos por unha «regresión temporal» provisional de nosa propia mente ao nivel en que funciona a súa. Como nos dixo Laura: «só me puido axudar quen se puxo nos meus zapatos».

Luigi Cancrini explica que cando as relacións se volven significativas para eles, a tendencia que mostran é a de fomentar situacións que poidan provocar na persoa que quixese axudarlles a cambiar, comportamentos ríxidos e repetitivos, similares aos que eles mesmos pon en marcha (Cancrini, 2007). Isto esíxenos aos sistemas profesionais estar atentos á forma na que a angustia destes mozos e as súas manifestacións resoan na forma en que os abordamos. No caso de Laura, un claro exemplo son as apaixonadas discusións do equipo sobre como actuar fronte aos impulsos de Laura, cos colegas escindíndose entre quen se identifica co medo ás consecuencias de non atender a angustia da moza, e os que ven nela movementos de manipulación e control. De forma paralela, resoan as dificultades dos pais entre os que ven as súas feridas e non se atreven a esperar máis deles, e aos que lles resoa a rabia da súa filla pola súa falta de accesibilidade. Xustamente é do recoñecemento e integración destas dificultades, de que sexamos capaces de construír unha narrativa máis rica e complexa, sensible ás súas dificultades pero atenta a rescatar a súa axentividade, que xorde a posibilidade de que poidamos axudalos, de conseguir manter e propor unha forma de funcionamento máis integrada e integradora.

Cando Laura está o suficientemente ben como para anticipar a proximidade do momento do alta, diríxese a min con todo tipo de impropiedades esixíndome a alta, cunha mensaxe que interpretamos como *antes de que me botes voume eu*.

Atendendo ás mostras de autocontrol que deu os meses precedentes, dígolle que estou dispoñible pero négame a falar con ela ata que non se tranquilice. Ao darme a volta, colle unha cadeira e empeza a golpear as paredes e a berrar. Mantémonos preto e atentos, pero sen reaccionar. Cálmasse. Acepta vir falar comigo. Quere a alta. Podemos reunirnos coa familia, acordar unha data, e quedar nun seguimento postalta a longo prazo.

O momento de maior dramatismo é cando, na sesión, a nai de Laura empeza a dicir que non ve ben á moza e volve ás dificultades de relación entre elas, como se esta vez fose a nai a que teme avanzar, anticipando o abandono (o seu?, o noso?). Laura móstrase enfadada e, ante todo, triste. Pero en lugar de explotar pregúntalle á súa nai que por que non a ve ben, que se non pode ver o que avanzou. Dille que é un día para celebrar. E que debería mostrarse contenta por ela. Podemos rescatar os avances, e mantémonos firmes no acordo, co compromiso dun seguimento postalta. Esta actuación de Laura mostra un avance, lento pero firme, na súa capacidade para manter unha percepción de si mesma congruente e intencional. O esforzo realizado parece que permitiu soste a terceira idea clave que propuxemos: o coidado sensible que lle tentamos brindar (e, en especial, o que recibiu do seu pai e da súa parella) está a permitirlle integrar mellor os seus estados mentais, a variedade de emocións e sentimentos que lle supoñen as dificultades da súa nai e o medo a afrontar unha maior autonomía. Desde o punto de vista que viñemos ofrecendo, hai un cambio na narrativa íntima de Laura (cambiou como personaxe, hai unha evolución na forma na que se relaciona e unha ampliación de relacións significativas, cambiou a súa visión dos seus pais, reconstruíronse as dificultades de relación en base ás experiencias familiares) e, en consecuencia, nas súas relacións (a través dunha proposta de relación tenaz en interaccións con ela e cos seus pais, e estimulando un cambio na forma de responder, especialmente do pai). Quédanos o interrogante de se con máis tempo de intervención coa familia (cada contexto institucional ten un calendario que non se corresponde, necesariamente, co tempo que precisa o vínculo, e hai que poder anticipar os cortes e separacións) non poderíamos incidir nunha mellora da nai de Laura, o que podería ser un factor preventivo para o sostemento dos avances da súa filla.

Durante os dous anos posteriores á súa alta, Laura continuou pasando de tanto en tanto pola unidade para saudar. Conseguiu traballo, retomar os estudos, e despois dun intento de convivencia errado, manter unha relación de parella estable. Fixonos saber que non sempre se atopaba ben. Aínda sufría ao ver a súa nai co seu percorrido biográfico paralizado, e utilizando o seu sufrimento como unha especie de bulimia afectiva, na que a voracidade non deixa espazo para os sentimentos dos outros. Pero, polo menos, Laura xa non se sentía responsable e podía sufrir por ela sen deixarse levar. Enfadábase, pero non sentía a necesidade de pelexar con ela. Estaba ben coa súa parella e, aínda que non

sempre podía, evitaba buscar a súa atención de forma abusiva ou tramposa. Conta Jean-Claude Carrière que cando lle preguntou ao neurólogo e escritor Oliver Sacks que era para el un home normal contestoulle que «un home normal era quizais aquel capaz de contar a súa propia historia porque sabe de onde procede (ten unha orixe, un pasado, unha memoria ordenada), sabe onde está (a súa identidade) e cre saber onde vai (ten proxectos e a morte ao final). Está situado, por tanto, no curso dun relato, é en si mesmo unha historia, e pode contarse». Laura é capaz de contar unha historia mellor que a que tiña cando empezamos a traballar. Reescribiu a súa biografía introducindo elementos que a axudan a entender o dano sufrido e a non identificarse con el (externalización do problema); sabe onde está (os seus estudos, o seu traballo, a súa parella) e proxéctase cunha imaxe positiva no futuro. Polo menos conta coas condicións como para considerala alguén coa esperanza de vivir unha vida que lle paga a pena.

É imprescindible, en casos como este, volver a mirada atrás, ao trauma e a antes do trauma, e tentar reconstruír e abordar as dificultades interxeracionais dos pais e, cando non é posible, traballar para que as vítimas constrúan unha narrativa máis ampla coa que poidan ter a opción de entender as súas dificultades como unha función do seu contexto de desenvolvemento e das respostas da contorna, e non como trazos da súa personalidade. Constituír unha base segura implica ser sensibles ás dificultades dos pacientes para afrontar as súas experiencias traumáticas. Insistir na revisión da historia, cando non están en condicións, pode ser retraumatizante. Unha vía alternativa está en centrarse no recoñecemento das emocións e en estimular a capacidade para recibir e dar un bo trato. *As palabras poden conter maxia, pero esta só funciona, ou funciona ben, cando se constrúen as condicións nas que se poida crer nela.*

ANUARIO ABERTO

CASO CLÍNICO

TRABALLOS PREMIADOS
NAS XXII XORNADAS
DE PSICOLOXÍA E SAÚDE
DO COPG



CASO CLÍNICO

DE VÍTIMA A SOBREVIVENTE. UN CASO DE INTERVENCIÓN EN VIOLENCIA DE XÉNERO

Inmaculada Sangiao Novio

PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA II. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA,
HOSPITAL DE LAREDO. SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD.
PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA A LAS MUJERES.
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA.

Cristina González Freire

PSICÓLOGA INTERNA RESIDENTE DO COMPLEXO
HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE
COMPOSTELA.

✉ inmasangiao@gmail.com

RESUMO: Defínese a violencia contra as mulleres como todo acto de violencia, baseado na pertenza ao sexo feminino, que teña ou poida ter por resultado un dano ou sufrimento físico, psicolóxico ou sexual para as mulleres, así como as ameazas de tales actos, a coacción ou a privación arbitraria da liberdade, tanto se se produce na vida pública como na privada (Declaración sobre a Eliminación da Violencia contra a Muller, Beijing, 1995). No presente traballo preséntase o caso clínico dunha muller de 25 anos derivada ao programa de atención psicolóxica a vítimas de violencia de xénero. Derivada polo seu médico de cabeceira por sintomatoloxía ansioso depresiva. Varias visitas a urxencias por crises de ansiedade e agresións físicas que nun primeiro momento non se poñen en relación coa violencia exercida pola súa parella. Descríbese o proceso de intervención, tendo como obxectivos principais a seguridade da muller, a redución dos síntomas e empoderamento e retomar o control da súa vida.

PALABRAS CLAVE: violencia de xénero, intervención psicolóxica, fases de tratamento.

ABSTRACT: Violence against women is defined as any act of violence, based on belonging to the female sex, that has or may result in physical, psychological or sexual harm or suffering for women, as well as the threats of such acts, the coercion or arbitrary deprivation of liberty, whether it occurs in public or private life (Declaration on the Elimination of Violence against Women, Beijing, 1995). In the present work, the clinical case of a 25 year old woman referred to the program of psychological care for victims of gender violence is presented. Derived by her doctor for presenting anxious depressive symptomatology. Several visits to the emergency room due to anxiety attacks and physical aggressions that at first are not related to the violence exerted by his partner. The intervention process is described, having as main objectives the safety of the woman, reduction of the symptoms and empowerment and regain control of her life.

KEY WORDS: gender violence, psychological intervention, treatment phases.

SUMARIO:

- 1 Introducción.
- 2 Datos sociodemográficos.
- 3 Motivo de consulta.
- 4 Obxectivos.
- 5 Intervención.
- 6 Conclusións.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Bosch, E., Ferrer, V. A. y Alzamora, A. (2005). *Algunas claves para una psicoterapia de orientación feminista en mujeres que han padecido Violencia de Género*. *Feminismo/s*, 6, 121-136.

Consejería de Sanidad y Salud Pública. Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Cantabria. *Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos*. Servicio Cántabro de Salud, 2005.

Consejería de Sanidad y Salud Pública. Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Cantabria. *Protocolo de atención sanitaria a víctimas de agresiones/abusos sexuales*. Servicio Cántabro de Salud, 2017 (actualización).

Dio Bleichman, E. (2011). *Mujeres tratando a mujeres con mirada de género*. Octaedro.

Garriga, A. y Martín J.C. (2010). *Guía de práctica clínica: Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja*. Servicio Murciano de Salud. Región de Murcia.

Herman, J. (2004). *Trauma y recuperación: cómo superar las consecuencias de la violencia*. Madrid: Espasa.

Hirigoyen, M. F. (2006). *Mujeres maltratadas: los mecanismos de la violencia en la pareja*. Paidós Ibérica.

Romero, I. (2010). *Intervención en violencia de género. Consideraciones en torno al tratamiento*. *Intervención Psicosocial*, 19, 2, 191-199.

Romero, I. (2015). *Guía de intervención en casos de violencia de género*. Editorial Síntesis.

Sanz, F. (2004). Del mal trato al buen trato. En C. Ruiz-Jarabo y P. Blanco Prieto. *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección*. Díaz de Santos. Madrid.

Walker, L. E. (2012). *El síndrome de la mujer maltratada*. Desclée De Brouwer.

1 | Introducción

As propostas de intervención en violencia de xénero están a centrarse nas potencialidades das mulleres co fin de axudalas a que recuperen o control das súas vidas e se sitúen nunha posición de maior autonomía, poder e confianza en si mesmas. Segundo a maioría das autoras neste campo, as intervencións psicoterapéuticas en violencia de xénero céntranse nos obxectivos básicos de obter a seguridade da muller, o empoderamento, a redución dos síntomas e en retomar o control das súas vidas. Walker (2012) enumera os principios básicos da terapia da sobrevivente, onde ademais de incluír os obxectivos mencionados, incide en salientar as fortalezas. Herman (2004) considera que as fases da recuperación nestes casos consisten en establecer a seguridade, elaborar o recordo e o loito e a reconexión coa vida. Bosch et al. (2005) desenvolven un modelo de psicoterapia de orientación feminista dirixida a mulleres que sofren violencia de xénero. Este modelo de intervención parte de que a muller non só é vítima dun suxeito violento, senón dunha sociedade patriarcal que inculca a violencia como recurso lexítimo. Algunhas das consideracións desde esta perspectiva refiren a necesidade de fuxir das explicacións centradas na psicoloxía individual, adoptar unha perspectiva de xénero, o traballo multidisciplinar e coordinado entre distintos axentes na intervención e a importancia de desnaturalizar e visibilizar a violencia. Romero (2010) aborda os conceptos para ter en conta á hora de intervir, recollendo que a perspectiva de xénero, a desnaturalización da violencia, o posicionamento contra a violencia, a especialización profesional e a toma en consideración dos fillos serían elementos chave.

2 | Datos sociodemográficos

Muller de 25 anos, filla única, solteira, sen fillos, reside nestes momentos cos seus pais tras abandonar a relación de parella. Non antecedentes previos de tratamentos. Traballo remunerado. Varios intentos previos de abandono da relación anteriormente. Quere interpoñer denuncia por violencia de xénero no último ano e medio de relación de parella. Consciente de sufrir violencia, refire violencia física, psicolóxica, económica, ambiental, social e sexual.

Pódense enumerar algúns exemplos de tipos de violencia que relata:

- Violencia física: golpes, rabuñadas...
- Violencia psicolóxica: insultos, descualificacións, ridiculización, atribución da culpa do seu comportamento...
- Violencia económica: esixencia de manexo da súa conta bancaria, darlle todo o diñeiro do mes, levar control de gastos/ingresos...
- Violencia ambiental: golpear portas, xanelas... co fin de xerar medo, "creo que ás veces facía esas cousas por non golpearme a min".
- Violencia social: illamento de familia, amizades, intentos de que abandone o traballo...
- Violencia sexual: insistencia en manter relacións sexuais, esixir relacións sexuais tras unha discusión,...

3 Motivo de consulta

Violencia de xénero na última relación de parella de ano e medio de duración. Derivada ao programa polo seu médico de cabeceira por sintomatoloxía ansioso depresiva e varias visitas a urxencias por crises de ansiedade e agresións físicas que nun primeiro momento non se poñen en relación coa violencia exercida pola súa parella. Nestes momentos pensa interpoñer denuncia por violencia de xénero.

Na primeira entrevista clínica refire síntomas postraumáticos: hiperactivación, pesadelos, *flashbacks* da experiencia traumática, sensación de estrañeza/ irrealidade, amnesia para certos episodios, embotamento, dificultades para organizar cronoloxicamente un relato do sucedido, necesitando para iso unha axenda onde relata fragmentos da historia durante o último ano e medio de relación de parella e episodios de violencia.

4 Obxectivos

- Seguridade da muller.
- Coordinación con outros servizos de asistencia xurídica. Apoio durante o proceso.
- Reconstrución da historia traumática: identificación de situacións de malos tratos a través da súa historia. Poñer en palabras a súa historia nun contexto de seguridade. Recordo e loito.
- Validación dos seus sentimentos.
- Énfase en fortalezas. Paso da visión de vítima a sobrevivente.
- Reconexión cos demais e consigo mesma.
- Entender a opresión de xénero.
- Tomar as súas propias decisións.
- Redución de síntomas.
- Identificación de feridas de xénero e establecemento de relacións de bo trato.

5 Intervención

1. Establecemento dun vínculo terapéutico.
2. Coordinación e orientación cara ao asesoramento xurídico. Ponse en contacto con servizo de asesoramento xurídico previamente á interposición de denuncia.
3. Poñerlle nome á violencia, poñer nome ás emocións que sente e validalas. Identificar as estratexias de control coercitivo, as diferentes formas de malos tratos e o dano psicolóxico consecuente. Axudar a recoñecer a

violencia e poñer palabras ás estratexias de malos tratos. Ao visibilizar as estratexias de control coercitivo, as diferentes formas de malos tratos e as feridas psicolóxicas, a muller aprende a relacionar as condutas abusivas co seu propio malestar.

4. Identificación de emocións que xorden: medo, culpa e vergoña. Identificar o significado das emocións que xorden e resignificar os síntomas que aparecen como respostas normais ante situacións anormais. Os síntomas postraumáticos que aparecen tamén se interpretan como un intento de dar sentido e significado á experiencia, como intentos de asimilar o ocorrido: os síntomas de hiperactivación como sinal da necesidade de manterse alerta e os síntomas de estrañeza ou anestesia emocional, que foron respostas de afrontamento da situación de malos tratos, como momentos de darse un tempo morto de respiro e recuperación, de ir afrontando aos poucos as cousas.
5. Construír un relato, integrar a experiencia para conseguir que a muller consiga relatar a súa historia de malos tratos e de vida de forma integrada á vez que se produce a transformación das memorias traumáticas. Trátase de relatar nun contexto de seguridade a súa historia. Traballamos a idea de abordaxe progresiva, ao seu ritmo, sendo cautas e non apresurarse. Ás veces a idea de “desenterrar os recordos” porque “se falo diso curareime” ten efectos prexudiciais. Esta fase débese realizar unha vez que se creou un vínculo de seguridade.
6. Identificación de mandatos de xénero, as feridas de xénero, o seu ideal de amor, o contexto no que creceu, a historia familiar e as súas relacións significativas. Para iso utilizamos gráficos onde se poida ir colocando de forma cronolóxica e non inconexa, que permita elaborar un relato organizado no tempo. Identifica o momento en que coñece á súa exparella, que coincide coa súa necesidade de abandono do núcleo familiar e necesidade de saír dese núcleo conflictivo.
7. Dó e loito: aceptación do final dunha relación onde se depositaron unhas expectativas.
8. Reconexión coa vida no sentido de reconstruír a súa vida, reconectándose a outras persoas e proxectos vitais que acheguen novos significados. Visibilizar relacións de bo trato. Expón como obxectivos vitais: cambiar de traballo e a necesidade de independencia e autonomía a través de independizarse do núcleo familiar. Establece novos vínculos e involúcrase nunha asociación de mulleres.

6 | Conclusións

Obsérvase progresivamente unha mellora cualitativa a medida que se vai traballando con ela, con redución da sintomatoloxía que estaba presente ao comezo. Conséguese estabilización a medida que se vai traballando na reconstrución da súa historia. Persisten temores en relación ao proceso xudicial que no que aínda está inmersa. Como conclusión e a modo de reflexión á hora de realizar intervencións en contextos de violencia de xénero salientase a necesidade de formación de profesionais sanitarios en detección de violencia de xénero dado que o contexto sanitario constitúe un lugar privilexiado para a detección dos casos de violencia e a necesidade de respectar os tempos. A intervención que se realiza con mulleres vítimas de violencia depende fundamentalmente de como nos posicionamos os profesionais, dado que en función da nosa actitude ante a violencia de xénero e ante as mulleres, así interpretaremos quen é a muller, que lle está pasando, por que se mantén nunha relación violenta, por que non o denuncia, e dependendo de como nos situemos ante ela, ou ben a culpabilizaremos ou ben a acompañaremos no seu proceso de recuperación. Tamén é un concepto fundamental a necesidade de traballo en rede e a coordinación con outros axentes intervinientes e a formación especializada neste campo.



unsplash.com
©fairytailphotography

COMUNICACIÓN ORAL

TRABALLO PREMIADO NAS XXIII XORNADAS DE PSICOLOXÍA E SAÚDE DO COPG

O ESTRÉS PSICOSOCIAL E A SÚA INFLUENCIA NA SINTOMATOLOXÍA ANSIOSO-DEPRESIVA EN PACIENTES ATENDIDOS NUNHA UNIDADE DE SAÚDE MENTAL.

Carlos Álvarez García

PSICÓLOGO CLÍNICO. CHUS.

✉ luis.carlos.alvarez.garcia@sergas.es

Cristina González Freire

PSICÓLOGA INTERNA RESIDENTE. CHUS.

✉ cristina.gonzalez.freire@sergas.es

RESUMO: **Obxectivos:** analizar a relación entre dous diferentes tipos de estrés psicosocial (estrés crónico e acontecementos vitais) na sintomatoloxía ansioso-depresiva e observar o papel das variables mediadoras (percepción de estrés e estratexias de afrontamento) na maior ou menor intensidade da devandita sintomatoloxía. **Método:** tomouse unha mostra clínica de pacientes que acoden a unha USM á primeira consulta, á que se lle administran diferentes instrumentos para avaliar as variables para estudar. **Resultados:** Os resultados mostraron unha correlación positiva entre as variables de estrés psicosocial e a sintomatoloxía ansioso-depresiva. As estratexias de afrontamento e a percepción de estrés modulan a devandita sintomatoloxía. **Conclusións:** o estrés psicosocial é unha variable moi significativa nos pacientes atendidos nas USM. Ademais, o apoio social e as estratexias de afrontamento proporcionan unha estratexia terapéutica moi útil para o tratamento destes problemas.

Resultados: Os resultados mostraron unha correlación positiva entre as variables de estrés psicosocial e a sintomatoloxía ansioso-depresiva. As estratexias de afrontamento e a percepción de estrés modulan a devandita sintomatoloxía.

Conclusións: o estrés psicosocial é unha variable moi significativa nos pacientes atendidos nas USM. Ademais, o apoio social e as estratexias de afrontamento proporcionan unha estratexia terapéutica moi útil para o tratamento destes problemas.

PALABRAS CLAVE: estrés psicosocial, estratexias de afrontamento, estrés crónico, acontecementos vitais, sintomatoloxía ansioso-depresiva.

ABSTRACT: **Objective:** to analyze the relationship between two different types of psychosocial stress (chronic stress and life events) in the anxiety-depressive symptomatology and to observe the role of the mediating variables (perception of stress and coping strategies) in the greater or lesser intensity of said symptomatology.

Method: a clinical sample was taken of patients who attended a USM at the first consultation, to which different instruments were administered to evaluate the variables to be studied.

Results: The results showed a positive correlation between the psychosocial stress variables and the anxious-depressive symptomatology. Coping strategies and the perception of stress modulate this symptomatology.

Conclusions: psychosocial stress is a very significant variable in the patients treated in the USM. In addition, social support and coping strategies provide a very useful therapeutic strategy for the treatment of these problems.

KEY WORDS: psychosocial stress, coping strategies, chronic stress, life events, anxious-depressive symptomatology.

SUMARIO:

- 1 Introducción.
- 2 Material e método.
- 3 Resultados.
- 4 Conclusións.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Holmes, T. H. e David, E. M. (1989). *Life change, life events, and illness*. Nueva York: Praeger.

Lazarus, R. S. e Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer Publishing Company.

Sandín, B. *Estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas*. Ed. Klinik. En Belloch, A. (2008) Vol.2 capítulo 1.

Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Londres: Hodder & Stoughton.

1 | Introducción

Dentro da ampla conceptualización, investigación e diferentes aproximacións no estudo do estrés, destaca o papel do estrés psicosocial como unha variable relacionada con diferentes enfermidades somáticas e mentais.

O estudo do estrés desde a perspectiva de quen o padece é moi significativo e estudouse desde distintos campos da saúde, fundamentalmente desde o seu impacto nas enfermidades somáticas, como en enfermidades mentais e problemas psicolóxicos.

Un estresor psicosocial pódese definir “en termos de condicións psicosociais que o individuo percibe como ameaza, demanda, desafío ou perda e que poñen en perigo a integridade funcional do individuo” (Sandin, 2008).

Consideramos que o uso do paradigma do estrés psicosocial pode ser de grande utilidade na conceptualización do traballo e na abordaxe terapéutica dun gran número de casos que acoden ás Unidades de Saúde Mental.

2 | Material e método

O estudo é de carácter transversal. A mostra estivo composta por 156 pacientes, os cales foron avaliados durante a primeira consulta na USM, para obter as principais medidas das variables a estudar:

- Os acontecementos vitais e os estresores crónicos obtivéronse a partir da entrevista clínica.
- A ansiedade mediuse mediante o cuestionario ASI-3 (Anxiety Sensitivity Index-3; Taylor et al., 1998; Sandín et al., 2004).
- A sintomatoloxía depresiva obtívose mediante o cuestionario BDI-II (Beck, 1996).
- A percepción de tensión mediuse mediante a Escala *Perceived Stress Scale* (PSS) de Kamarck et al., 1983.
- Para avaliar as estratexias de afrontamento utilizouse a escala CAE (Cuestionario de afrontamento do estrés; Sandín et al., 1992)

A análise de datos realizouse mediante o paquete estatístico SPSS.



unsplash.com
©ethanhaddox

3 Resultados

Os resultados mostraron unha correlación positiva entre as variables de estrés psicosocial e a sintomatoloxía ansioso-depresiva. Dos dous tipos de estresores, as situacións de estrés crónico estaban máis relacionadas coa devandita sintomatoloxía.

Había unha correlación, tamén positiva, entre os diferentes tipos de estresores e a percepción de estrés, e entre este e a sintomatoloxía. A variable percepción do estrés actúa como unha variable mediadora entre os estresores e a sintomatoloxía.

Igualmente, as estratexias de afrontamento tamén modulan a sintomatoloxía. Os pacientes que utilizaban estratexias de afrontamento positivas (por exemplo, focalización no problema e procura de apoio social) tiñan menos sintomatoloxía ansioso-depresiva. Doutra banda, o uso de estratexias inadecuadas (por exemplo, auto-focalización negativa) correlacionaban positivamente cunha maior sintomatoloxía.

4 Conclusións

Os resultados son congruentes coa literatura. Consideramos que o estrés psicosocial é unha variable moi significativa nos pacientes que se atenden nas USM, relacionada tamén coa duración dos tratamentos e a tendencia á cronicidade dalgúns dos diagnósticos.

As variables mediadoras, apoio social e estratexias de afrontamento proporcionan unha estratexia terapéutica moi útil para o tratamento destes problemas.

“Os pacientes que utilizaban estratexias de afrontamento positivas (por exemplo, focalización no problema e procura de apoio social) tiñan menos sintomatoloxía ansioso-depresiva”.

COMUNICACIÓN ESCRITA-PÓSTER

TRABALLO PREMIADO NAS XXIII XORNADAS
DE PSICOLOXÍA E SAÚDE DO COPG

UNHA EXPERIENCIA PRÁCTICA: TERAPIA DE GRUPO DE ADOLESCENTES, UNHA INTERVENCIÓN INTEGRADORA

Paula Marcos Carregal
Esther López Morcillo
Emma López Cerdido

PSICÓLOGAS INTERNAS RESIDENTES. COMPLEXO
HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

Eduardo Martínez Lamosa
PSICÓLOGO CLÍNICO

✉ paula.marcos.carregal@sergas.es

RESUMO: Os trastornos de ansiedade e do estado de ánimo comparten etioloxía e factores de risco comúns e frecuentemente son experimentados ao mesmo tempo. Os tratamentos transdiagnósticos teñen a capacidade de centrarse nos factores de vulnerabilidade comúns e abordar un conxunto amplo de problemas.

A crecente demanda de pacientes adolescentes e as limitacións presentadas nas unidades asistenciais para un tratamento cunha frecuencia adecuada impulsan a abrir novos métodos de traballo, a través dunha Terapia de Grupo, onde se traten contidos específicos relacionados co rol desempeñado, dunha maneira lúdica á vez que construtiva.

O obxectivo deste estudo é ofrecer datos preliminares sobre a implantación dun protocolo de Terapia de Grupo de Adolescentes como posible recurso para as Unidades de Saúde Mental, para a poboación de entre 16 e 18 anos da área sanitaria de Ferrol.

PALABRAS CLAVE: Terapia de grupo, adolescentes, transdiagnóstico, ansiedade, depresión..

ABSTRACT: Anxiety and mood disorders share a common etiology and risk factors and are often experienced at the same time. Transdiagnostic treatments have the ability to focus on common vulnerability factors and address a broad set of problems.

The growing demand of adolescent patients and the limitations presented in the care units for a treatment with an adequate frequency encourage to open new methods of work, through a Group Therapy, where specific contents related to the role played are treated, in a playful as well as constructive way.

The aim of this study is to provide preliminary data on the implementation of a protocol of Adolescent Group Therapy as a possible resource for Mental Health Units, for the population between 16 and 18 years of age in the health area of Ferrol.

KEY WORDS: Group Therapy, adolescent, transdiagnostic, anxiety, depression.

SUMARIO:

- 1 Introducción.
- 2 Material e método.
- 3 Resultados.
- 4 Conclusións.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Aláez Fernández, M., Martínez Arias, R. e Rodríguez Sutil, C. (2000). *Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género*. *Psicothema*, 12(4).
- Angarita, G. P., Sandoval, A., e Umbarila, D. (2004). *Adolescencia y depresión*. *Revista colombiana de psicología*, 13(1), 13-28.
- Beyebach, M., e De Vega, M. H. (2016). *200 tareas en terapia breve: individual, familiar y de pareja*. Herder.
- Del Barrio Gandara, V. (2000). *La depresión infantil: factores de riesgo y posibles soluciones*. Aljibe.
- Fernandez Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. e Angold, A. (2003). *Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence*. *Archives of general psychiatry*, 60(8), 837-844.
- Grist, R., Croker, A., Denne, M. e Stallard, P. (2018). *Technology Delivered Interventions for Depression and Anxiety in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis*. *Clinical child and family psychology review*, 1-25.
- Fonseca-Pedrero, E. et al. (2011). *Prevalencia y características de la sintomatología depresiva en adolescentes no clínicos*. *Actas Esp Psiquiatr*, 39(4), 21725http:// http://www.p3-info.es/PDF/
- Sepúlveda Ramírez, M. G., Alcaíno Maldonado, C. A., García Acuña, G. A., Alcaíno Maldonado, C., Benzi Tobar, G., Castro Delgado, C. e Osorio Inostroza, E. (2012). *Psicoterapia evolutiva constructivista en niños y adolescentes: métodos y técnicas terapéuticas. Juegos, imágenes, diálogos*.
- Zhou, X., Zhang, Y., Furukawa, T. A., Cuijpers, P., Pu, J., Weisz, J. R. e James, A. C. (2018). *Different Types and Acceptability of Psychotherapies for Acute Anxiety Disorders in Children and Adolescents: A Network Meta-analysis*. *JAMA psychiatry*.
- Zubeidat, I., Fernández-Parra, A., Ortega, J., Vallejo, M. Á. e Sierra, J. C. (2009). *Características psicosociales y psicopatológicas en una muestra de adolescentes españoles a partir del Youth Self-Report/11-18*. *Anales de Psicología*, 25(1).

1 | Introducción

Existe un aumento na incidencia da depresión a idades temperás, ademais dun incremento das taxas ou intentos de suicidio, sendo un dos maiores problemas de saúde na sociedade actual, como o é a depresión no adulto (Angarita, 2004).

En estudos de prevalencia levados a cabo en España pódense atopar porcentaxes de entre un 4-14% (Del Barrio, 2000). De maneira similar, identifícase que ata o 10% dos nenos e o 20% dos adolescentes sufrirán dun trastorno de ansiedade (Essau et al. 2012). Tamén son importantes as cifras atopadas de síntomas subclínicos de ansiedade e depresión neste rango de idade, chegando a valores de entre un 20 e un 50%.

Nun estudo realizado sobre prevalencia de trastornos psicolóxicos en nenos e adolescentes cuxos pais solicitan tratamento psicolóxico nun Centro Comunitario de Saúde en Madrid (Aláez Fernández, 2000), viuse que na mostra de entre 14 e 18 anos, os trastornos de conduta son os máis prevalentes (cun 39%), seguidos de trastornos depresivos (19,5%) e ansiedade (un 11%).

A comorbilidade existente entre trastornos depresivos e de ansiedade nesta poboación é alta: atopouse que o 17% dos nenos diagnosticados de trastorno de ansiedade cumprían igualmente os criterios para o diagnóstico de trastorno depresivo (Anderson, Williams, McGee e Silva, 1987).

Se falamos de cifras de recorrencia, pódese dicir que é común na adolescencia: ata un 75% experimenta un episodio de depresión nos seguintes 5 anos (Lewinsohn et al. 2000).

Debido a que as taxas de casos de depresión continúan crescendo (en España estímase que hai máis de dous millóns de pacientes con depresión) e a que a idade de aparición da mesma é cada vez máis temperá, a presenza de síntomas depresivos subclínicos na adolescencia pode ser entendida como un importante factor predictor do risco de depresión na idade adulta.

Tamén espertou interese nos ámbitos académicos debido ao seu impacto nas aulas. Así, múltiples síntomas depresivos como a falta de concentración, a perda de interese, a falta de iniciativa, o retardo psicomotor, a baixa autoestima ou o illamento social poden ter un importante efecto negativo na execución escolar, traducido frecuentemente na obtención de menores cualificacións media fronte aos alumnos sen depresión.

Debido ademais a que a depresión adolescente ten un impacto negativo nas relacións e nas traxectorias de desenvolvemento, e a que aumenta o risco de intento e suicidio (Birmaher et al., 1996; Fletcher, 2008; Gould et al., 2003), converteuse hoxe en día nunha poboación de grande importancia. Os trastornos de ansiedade asóciase cun baixo rendemento académico e afectan negativamente as relacións, xunto co aumento do risco de depresión, a dependencia de drogas ilícitas e o baixo rendemento educativo na idade adulta temperá (KimCohen et al., 2003; Woodward e Fergusson, 2001).

Á luz destes datos, cobran importancia a detección de síntomas de ansiedade e depresión na adolescencia, así como a posibilidade de programas de intervención precoz, e novos métodos de traballo.

É por iso que ante a limitación de recursos para dar resposta ás necesidades da crecente demanda de pacientes adolescentes nas Unidades de Saúde Mental (USM), desenvolveuse desde a USM III do Complexo Hospitalario Universitario de Ferrol unha terapia de grupo de natureza transdiagnóstica e integradora, cuxo obxectivo



rawpixel.com

é a diminución de problemas internalizantes (ansiedade, depresión e somatizacións). O fin último é establecer un protocolo de colaboración con outras Unidades de Saúde Mental para cubrir de modo apropiado as necesidades desta poboación.

Descríbese aquí a intervención protocolizada, así como os datos da eficacia recollidos tras unha primeira experiencia.

2 Material e método

Os participantes da primeira Terapia de Grupo foron oito adolescentes de entre 16 e 18 anos, derivados á USM III. Primeiramente existe un proceso de cribado en que se buscaba un perfil de síntomas internalizantes, mediante unha entrevista individual. Posteriormente iníciase a terapia de grupo, de oito sesións con frecuencia semanal.

Para perfilar o contido das sesións, partiuse dunha revisión bibliográfica sobre as dificultades máis prevalentes de pacientes deste rango de idade, así como a forma de abordalos. Posteriormente realizouse unha análise descritiva da demanda existente na Unidade de Saúde Mental III do CHUF, a través dunha revisión das historias clínicas e da súa sintomatoloxía predominante. Posteriormente, tras unha avaliación das necesidades e da forma de abordaxe, decídese realizar un protocolo de Terapia de Grupo de natureza transdiagnóstica.

O contido das sesións incluíu unha serie de conceptos fundamentais, comúns e específicos deste grupo de pacientes: autoconceito, afecto negativo, distorsións cognitivas, rol social, proxectos vitais, relacións familiares, mentalización e resolución de conflitos.

Realizouse ademais, unha avaliación pre e post tratamento, mediante as ferramentas Child Behaviour Checklist (CBCL), Youth Self- Report (YSR), e o Cuestionario de Estilos de Afrontamento. Para a presente análise comparáronse as diferentes medidas a través de contrastes non paramétricos (proba de Wilcoxon para mostradas pareadas).

3 Resultados

Segundo o CBCL, que corresponde coa información achegada polos pais e/ou as nais dos pacientes, rexistráronse cambios estatisticamente significativos na subescala de Problemas de pensamento, pasando dunha puntuación T de 61 antes do tratamento a unha puntuación de 55 ao finalizar ($p=0,03$).

Doutra banda, nas probas autoinformadas polos propios pacientes (YSR), observáronse cambios tamén significativos na subescala de illamento, que pasou dunha puntuación T de 75 a outra de 72 ($p=0,05$).

En canto aos estilos de afrontamento, tamén se observaron cambios significativos en varias subescalas: un incremento en Buscar apoio social ($p=0,01$), Centrarse na solución ($p=0,01$), Acción social ($p=0,03$), Buscar axuda profesional ($p=0,01$) e Buscar diversións relaxantes ($p=0,03$); así como un descenso en Redución da tensión ($p=0,03$) e Reservalo para si ($p=0,02$).

“Realizouse unha análise descritiva da demanda existente na Unidade de Saúde Mental III do CHUF, a través dunha revisión das historias clínicas e da súa sintomatoloxía predominante”.

4 Conclusións

Viuse pois, que esta experiencia xerou un alto nivel de satisfacción por parte dos participantes, así como unha boa alianza entre eles e cos terapeutas. A terapia grupal tivo efectos, aínda que de maneira parcial, sobre a sintomatoloxía internalizante (especialmente na dimensión de illamento) e sobre as alteracións do pensamento. Doutra banda, mostrouse útil para actuar sobre outras variables de nivel medio, promovendo o uso de estilos de afrontamento máis funcionais (procura de apoio social, concentrarse na resolución, acción social, buscar axuda profesional e buscar diversións relaxantes) e reducindo outros estilos máis disfuncionais (redución da tensión, reservalo para si).

Ademais, tras oito meses da finalización da terapia de grupo, tan só un dos oito adolescentes volveu a necesitar consultas de psicoloxía clínica (con próxima alta na terapia individual).

As conclusións deben tomarse con cautela dado o reducido tamaño da mostra estudada. Nestes momentos, a existencia e a posta en marcha do protocolo de actuación permitiu a realización doutros dous grupos máis, cos que poderemos comprobar a veracidade dos resultados e a eficacia do mesmo.

Finalmente, podemos concluir que estes primeiros resultados botaron luz sobre as intervencións grupais que, adecuadamente deseñadas e planificadas para abordar as dificultades específicas dos pacientes, poden ser unha ferramenta útil no tratamento e a prevención da psicopatoloxía desde as Unidades de Saúde Mental.

UNA EXPERIENCIA PRÁCTICA: TERAPIA DE GRUPO DE ADOLESCENTES, UNA INTERVENCIÓN INTEGRADORA.

Marcos Carregal, P.; López Cerdeira, E.; López Morcillo, E.; Martínez Lamosa, E.

INTRODUCCIÓN

Hay una elevada comorbilidad entre los trastornos depresivos y los de ansiedad en la población adolescente. Este tipo de problemas pueden generar un gran impacto en su desarrollo psicológico, las relaciones sociales, el rendimiento académico o incrementar el riesgo de suicidio y de conductas de abuso o dependencia de sustancias.

Ante la limitación de recursos para dar respuesta a las necesidades de la creciente demanda de pacientes adolescentes en las Unidades de Salud Mental, surgen **nuevos métodos de trabajo** destinados a esta población: las terapias de grupo permiten dar una respuesta asistencial con una frecuencia adecuada, posibilitan la interacción entre sus participantes y ofrecen un rico contexto de aprendizaje y modelado mutuo.

En la Unidad de Salud Mental (USM-8) del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol se desarrolla una **terapia de grupo de naturaleza transdiagnóstica e integradora**, cuyo objetivo es la disminución de problemas internalizantes (**ansiedad, depresión y somatización**). El fin último de esta experiencia es establecer un protocolo de colaboración con otras Unidades de Salud Mental para cubrir de modo apropiado las necesidades de esta población.

Se describe aquí la intervención protocolizada, así como los datos de la eficacia recogida tras esta primera experiencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Los participantes de la terapia fueron **ocho adolescentes** de entre **16 y 18 años** derivados a la USM-8, seleccionados tras un proceso de cribado en el que se buscaba un **perfil de síntomas internalizantes**. La terapia consistió de **8 sesiones de frecuencia semanal**.

El contenido de estas sesiones incluyó una serie de conceptos fundamentales, comunes e específicos de este grupo de pacientes: autoconcepto, afecto negativo, distorsiones cognitivas, rol social, proyectos vitales, relaciones familiares, mentalización y resolución de conflictos. Todos ellos se han abordado con técnicas provenientes de diferentes marcos teóricos, adaptándose en todo momento a la población destinataria de una manera integradora y coherente.

Se tomaron medidas pre- y post-tratamiento mediante las herramientas **Child Behavior Checklist (CBCL)**, **Youth Self-Report (YSR)** y el **Cuestionario de Estilos de Afrontamiento**. Para el presente análisis, se compararon las diferentes medidas a través de contrastes no paramétricos **grupos de Wilcoxon para muestras pareadas**.

CONCLUSIÓN

Esta experiencia ha generado un **alto nivel de satisfacción** por parte de los participantes, así como una **buena alianza** entre ellos y con los profesionales. La terapia grupal **ha tenido efectos, aunque de manera parcial, sobre la sintomatología internalizante** (especialmente en la dimensión de aislamiento) **y sobre las alteraciones del pensamiento**. Por otro lado, se ha mostrado útil para actuar sobre otras variables de nivel medio, **promoviendo el uso de estilos de afrontamiento más funcionales** (buscar apoyo social, concentrarse en la resolución, acción social, buscar ayuda profesional y buscar diversiones relajantes) **y reduciendo otros estilos más disfuncionales** (reducción de la tensión, reservarlo para sí).

Las conclusiones derivadas de este estudio **deben tomarse con cautela** dado el reducido tamaño de la muestra estudiada. Será oportuno realizar un seguimiento con un mayor número de participantes para conocer si es preciso realizar modificaciones sobre el programa terapéutico, a fin de lograr un mayor grado de eficacia. Finalmente, de estos primeros resultados se desprende la idea de que las intervenciones grupales adecuadamente diseñadas y planificadas para abordar las dificultades específicas de los pacientes **pueden ser una herramienta útil en el tratamiento y la prevención de la psicopatología desde las Unidades de Salud Mental**.

RESULTADOS

Según la información aportada por los padres (y/o las madres de los pacientes (CBCL), se han registrado cambios estadísticamente significativos en la subescala de **Problemas de pensamiento**. Por otro lado, en las pruebas autoinformadas (YSR), se han observado cambios post-tratamiento también significativos en la subescala de **Aislamiento**.

También se han observado cambios en varios de los **estilos de afrontamiento** evaluados, siendo significativas algunas de estas diferencias:

CONTACTO

Paula Marcos Carregal@unizar.es
Esther López Morcillo@unizar.es
Emma López Cerdeira@unizar.es
eduardo@unizar.es

BIBLIOGRAFÍA

Grilo R, Urdin A, Zervas M, W. (2016). Technology-Supported Interventions for Depression and Anxiety in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1-25.

Tejada-Rodríguez, M. G., Álvarez-Rodríguez, C. A., García-Rodríguez, S. B., Álvarez-Rodríguez, C., Bello-Fernández, S., Castro-Díaz, C., ... & Ducha-Aceitosa, E. (2019). Psicofarmacología comorbilidad en niños y adolescentes. *Estudios y Revistas de Psicología Clínica*, 1(1), 1-10.

Wang, A., Zhang, Y., Yan, L., & Wang, J. (2018). Different Types and Acceptability of Psychological Interventions for Adolescent Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 224, 1-10.

UNHA EXPERIENCIA PRÁCTICA: TERAPIA DE GRUPO DE ADOLESCENTES, UNHA INTERVENCIÓN INTEGRADORA | Paula Marcos Carregal / Esther López Morcillo / Emma López Cerdeira / Eduardo Martínez Lamosa

ART INICIO PUB ÍNDICE

OBXECTIVO DA PUBLICACIÓN

O *Anuario* foi, e é, unha publicación aberta. Nace co propósito de dar voz e oído, de invitar á reflexión dos que escriben e dos que len, sobre temas de interese para a Psicoloxía Clínica. Cada número vertébrase sobre un tema central, enfocado desde diversos ángulos, incluíndo áreas de coñecemento alleas á propia, pero que poden achegar novos mapas.

PERIODICIDADE DA PUBLICACIÓN

Publicación de carácter anual.

AUTORES DOS ARTIGOS DO MONOGRÁFICO

Os artigos serán solicitados aos autores por parte do Equipo de Redacción do *Anuario*; os textos deben ser orixinais e o estilo será libre, seguindo o obxectivo xeral marcado polo Equipo.

A EXTENSIÓN máxima será de 15 páxinas, letra Times New Roman, tamaño 12, interliñado sinxelo.

A ESTRUCTURA do artigo será a seguinte:

- Título.
- Autor, lugar de traballo e e-mail de contacto.
- Resumo (150 palabras) en español ou galego e en inglés.
- Palabras clave: entre 3 e 5, en español ou galego e en inglés.
- Bibliografía estilo APA: mínimo de 5 referencias e máximo de 20.

ANUARIO ABERTO: CASOS CLÍNICOS

Incluíranse descrições dun ou máis casos clínicos que supoñan unha contribución ao coñecemento da psicopatoloxía ou da intervención psicoterapéutica.

A EXTENSIÓN máxima do texto será de 6 páxinas, letra Times New Roman, tamaño 12, interliñado sinxelo.

A ESTRUCTURA do Caso Clínico deberá ser a seguinte:

- Título.
- Nome e apelidos dos autores, centro de traballo e un e-mail de contacto.
- Resumo (150 palabras): en galego ou español, e en inglés.
- Palabras chave: entre 3 e 5, en galego ou español, e en inglés.
- Introducción.
- Datos sociodemográficos.
- Motivo de consulta.
- Obxectivos.
- Intervención.
- Conclusións.
- Referencias bibliográficas: segundo a normativa da APA, cun mínimo de 5 e un máximo de 20 referencias bibliográficas.

ANUARIO ABERTO: COMUNICACIÓNS LIBRES

Incluíranse traballos orixinais nos que se describan traballos de investigación ou revisións teóricas de temáticas psicolóxicas, desde un punto de vista clínico ou asistencial.

A EXTENSIÓN máxima do texto será de 15 páxinas, letra Times New Roman, tamaño 12, interliñado sinxelo.

A ESTRUCTURA da Comunicación Libre deberá ser a seguinte:

- Título.
- Nome e apelidos dos autores, centro de traballo e un e-mail de contacto.
- Resumo (150 palabras): en galego ou español, e en inglés.
- Palabras chave: entre 3 e 5, en galego ou español, e en inglés.
- Introducción.
- Conclusións.
- Referencias bibliográficas: segundo a normativa da APA, cun mínimo de 5 e un máximo de 20 referencias bibliográficas.



SECRETOS

Faltas en el sistema público de salud mental.
Un acercamiento crítico cualitativo

Paula Tomé Espiñeira

Realidad trans infanto-juvenil. Conocer para acompañar
Cristina Palacios Castro

Duelo gestacional y perinatal, una realidad silenciada
Eirene García Caro

Conspiración (o pacto) de silencio en psicooncología:
¿Un secreto a voces?

Rocío Basanta Matos

El secreto necesario: función del secreto en la adolescencia
Marta González Rodríguez

La importancia de la confidencialidad en psicología aplicada
José Luis Rodríguez-Arias Palomo

HERRAMIENTAS

Elementos de una intervención narrativa en el trauma relacional
F. Javier Aznar Alarcón / Nuria Varela Feal

ANUARIO ABIERTO

• CASO CLÍNICO:

De víctima a superviviente. Un caso de intervención en
violencia de género

Inmaculada Sangiao Novio / Cristina González Freire

• TRABAJOS PREMIADOS EN LAS XXIII JORNADAS DE PSICOLOGÍA Y SALUD DEL COPG:

- El estrés psicosocial y su influencia en la sintomatología
ansioso - depresiva en pacientes atendidos en una unidad
de salud mental.

Carlos Álvarez García / Cristina González Freire

- Una experiencia práctica: terapia de grupo de adolescentes,
una intervención integradora

*Paula Marcos Carregal / Esther López Morcillo /
Emma López Cerdido / Eduardo Martínez Lamosa*





SECRETOS

APUNTE

La preferencia de idioma en el original de cada artículo fue determinada por su autor/a, con la posterior traducción y revisión del COPG.

Nº12 Revista Oficial de la Sección de Psicología y Salud del COPG

Consejo Editorial

José Eduardo Rodríguez Otero, Presidente
Alicia Carballal Fernández, Vicepresidenta
Carlos José Losada López, Secretario
Mercedes Fernández Cabana, Tesorera
María Blanco Suárez, Vocal
Alba Fernández Revaldería, Vocal
Eduardo Martínez Lamosa, Vocal
Almudena Campos González, Vocal

Consejo de Redacción

M^a Gabriela Domínguez Martínez
(Directora)
PSICÓLOGA CLÍNICA. PRÁCTICA PRIVADA EN
PONTEVEDRA

Noelia Pita Fernández
PSICÓLOGA CLÍNICA. COMPLEXO HOSPITALARIO
UNIVERSITARIO DE FERROL

Paula Rodríguez Vázquez
PSICÓLOGA CLÍNICA. USMC VALTERRA I- ÁREA DE
SALUD DE LANZAROTE. SERVICIO CANARIO DE SALUD

Ricardo Vázquez Gómez
PSICÓLOGO CLÍNICO. PRÁCTICA PRIVADA VIGO Y
PONTEVEDRA

Isabel Figueroa Matallín
PSICÓLOGA CLÍNICA

Almudena Campos González
PSICÓLOGA CLÍNICA. PRÁCTICA PRIVADA EN OURENSE

Laura Montero Castro
PSICÓLOGA CLÍNICA. HOSPITAL DE DÍA DE SALUD
MENTAL. EOXI PONTEVEDRA-O SALNÉS

Laura Sotelo Estévez
PSICÓLOGA CLÍNICA. PRÁCTICA PRIVADA EN VIGO Y
PONTEVEDRA

anuario@copgalicia.gal

Edita

Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia
Españeira, 10 baixo
15706 Santiago de Compostela
Tfno.: 981 534049 Fax: 981 534983
www.copgalicia.es copgalicia@copgalicia.gal

Diseño y maquetación

ekinocio comunicación

Imagen de portada

@tinafLOUR - Unsplash

ISSN: 2444-6653.

Novembro, 2019

Depósito Legal: C 1615-2019

El Consejo Editorial y el Consejo de Redacción no se hacen responsables de las opiniones vertidas en los artículos publicados. Las opiniones expresadas en la presentación son responsabilidad del Consejo Editorial.

<https://copgalicia.gal/secciones/psicologia-e-saude/publicacions>

VERSIÓN EN CASTELLANO

- 109 Presentación
- 111 Faltas en el sistema público de salud mental. Un acercamiento crítico cualitativo
PAULA TOMÉ ESPIÑEIRA
- 123 Realidad trans infanto-juvenil. Conocer para acompañar
CRISTINA PALACIOS CASTRO
- 135 Duelo gestacional y perinatal, una realidad silenciada
EIRENE GARCÍA CARO
- 147 Conspiración (o pacto) de silencio en psicooncología: ¿Un secreto a voces?
ROCÍO BASANTA MATOS
- 159 El secreto necesario: función del secreto en la adolescencia
MARTA GONZÁLEZ RODRÍGUEZ
- 169 La importancia de la confidencialidad en psicología aplicada
JOSÉ LUIS RODRÍGUEZ-ARIAS PALOMO

HERRAMIENTAS

- 182 Elementos de una intervención narrativa en el trauma relacional
F. JAVIER AZNAR ALARCÓN / NURIA VARELA FEAL

ANUARIO ABIERTO

- **CASO CLÍNICO:**
- 193 De víctima a superviviente. Un caso de intervención en violencia de género
INMACULADA SANGIAO NOVIO / CRISTINA GONZÁLEZ FREIRE
- **TRABAJOS PREMIADOS EN LAS XXIII JORNADAS DE PSICOLOGÍA Y SALUD DEL COPG:**
- COMUNICACIÓN ORAL:**
- 197 El estrés psicosocial y su influencia en la sintomatología ansioso - depresiva en pacientes atendidos en una unidad de salud mental.
CARLOS ÁLVAREZ GARCÍA / CRISTINA GONZÁLEZ FREIRE
- COMUNICACIÓN ESCRITA-PÓSTER:**
- 200 Una experiencia práctica: terapia de grupo de adolescentes, una intervención integradora
PAULA MARCOS CARREGAL / ESTHER LÓPEZ MORCILLO / EMMA LÓPEZ CERDIDO/ EDUARDO MARTÍNEZ LAMOSA

204 NORMAS DE PUBLICACIÓN

LA VERSIÓN
EN GALLEGO
COMIENZA EN LA
PÁGINA 1



M^a Gabriela Domínguez MartínezPSICÓLOGA CLÍNICA. PRÁCTICA PRIVADA EN
PONTEVEDRA✉ gabriela.dominguezmartinez@gmail.com*“¿Que cómo he guardado este secreto durante tanto tiempo?...Buena pregunta”**(Cuento ¿Puedo contarte un secreto?)*

Este año el título del anuario, “Secretos”, fue elegido al final de la reunión de equipo, justo después de decidir los temas sobre los que escribir. Y es que, cuando cada uno de nosotros expresamos las ideas pensadas para el anuario de este año, nos dimos cuenta de que todas tenían algo en común, la idea de hablar de aquello de lo que no se suele hablar, de darle voz (letra) a temas que no siempre la tienen, bien porque no se puede hablar de ciertas cosas, bien porque no es correcto, porque es incómodo o porque resulta doloroso. Pero los secretos no siempre tienen que ser descubiertos, y también es importante tener en cuenta lo positivo del secreto no revelado. Surgieron muchas ideas en las reuniones (tan enriquecedoras) y no fue sencillo escoger y rechazar temas, bien por el número de propuestas, bien por el enfoque en las mismas, para dar forma finalmente a este monográfico; pero esta es nuestra propuesta, que esperamos que os resulte interesante y que invite a reflexionar.

El primer artículo viene de la mano de Paula Tomé, que en calidad de activista en primera persona por los derechos de las personas con diagnósticos psiquiátricos, da voz a los aspectos más negativos de la asistencia a la salud mental en Galicia a través de las respuestas obtenidas por personas usuarias y profesionales a un cuestionario elaborado por ella. El objetivo de la autora es hacer reflexión desde la crítica y autocrítica, sin negar o minimizar las buenas prácticas asistenciales.

El segundo artículo versa sobre un tema no siempre bien conocido o comprendido como es la transexualidad, en este caso la infancia juvenil. La propuesta de Cristina Palacios, presidenta de Arelas (Asociación de familias de menores trans de Galicia) es la de acercar la realidad que viven las familias y los menores

trans tanto en su día a día (con lo positivo y lo negativo) como en el proceso de acompañamiento profesional, ofreciendo propuestas interesantes a considerar por los profesionales.

Y seguimos en la línea de revelar secretos, en este caso a través de un artículo que habla de un tema doloroso y silenciado (por suerte del que cada vez se habla más): el duelo gestacional y perinatal. Eirene García, en calidad de testigo en primera persona y como profesional, aborda este tema compartiendo relatos de familias, y haciendo propuestas asistenciales sobre las que reflexionar.

En el siguiente artículo, Rocío Basanta, psicóloga clínica de interconsulta y enlace, expone sus reflexiones sobre la enfermedad, la muerte y la comunicación entre familias y profesionales ante estas situaciones, haciendo hincapié en la conspiración o pacto de silencio a través de un recorrido histórico sobre el tema, su propia experiencia profesional y el abordaje terapéutico de la misma.

Pero mantener secretos y no revelar ciertas cosas es muchas veces positivo. En una sociedad en la que todo se expone, la siguiente propuesta versa sobre el beneficio de los secretos y el mantenimiento de la privacidad ante los demás. En esta línea, Marta González, psicóloga clínica en un centro terapéutico de menores, habla de la función significativa del secreto en el proceso de individuación y de autonomía emocional en la adolescencia.

Siguiendo en la línea de mantener (o no) lo secretos, José Luis Rodríguez-Arias, psicólogo clínico con experiencia en ética y deontología profesional, aborda en el siguiente artículo el tema de la confidencialidad en el ejercicio profesional de la psicología a través de tres supuestos frecuentes en la práctica clínica, un tema sobre el que no existe una solución definitiva pero en el que se nos invita a reflexionar para encontrar alternativas ante los dilemas éticos con los que nos podemos encontrar.

F. Javier Aznar, psicólogo clínico y Nuria Varela, ambos con experiencia en el trabajo con menores en situación de riesgo, son los encargados de finalizar el monográfico con el apartado de Herramientas. En este artículo, se aborda la propuesta de intervención narrativa en el trauma relacional, enumerando, exponiendo y ejemplificando los elementos de la intervención a través de un caso clínico.

El anuario abierto contiene la propuesta recibida de Inmaculada Sangiao y Cristina González. Se trata de un caso clínico de intervención en violencia de género.

Y, para finalizar, se incluyen los trabajos premiados en las XXIII Jornadas de Psicología e Saúde: "Una experiencia práctica: terapia de grupo con adolescentes, una intervención integradora" (comunicación escrita-póster) y "El estrés psicosocial y su influencia en la sintomatología ansioso-depresiva en pacientes atendidos en una Unidad de Salud Mental" (comunicación oral)

Nuevamente agradecer y dar la enhorabuena a mis compañeros de equipo por su implicación, trabajo y compromiso. Así como a los autores de los artículos, que tan bien lo hicieron; y a los compañeros del COPG.

¡Esperamos que os quede un buen sabor de boca con la lectura!

M^a Gabriela Domínguez Martínez
DIRECTORA DEL CONSEJO DE REDACCIÓN

FALTAS EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD MENTAL. UN ACERCAMIENTO CRÍTICO CUALITATIVO

Paula Tomé Espiñeira

ACTIVISTA EN PRIMERA PERSONA POR LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS

✉ jazzbolitas@gmail.com

RESUMEN: Se presenta un pequeño estudio cualitativo de las faltas del sistema público de salud mental. Hablan sus protagonistas, testigos directos del día a día, bien como usuarias, bien como profesionales. Se abordan asuntos como el trato, vulneración de derechos y sensibilidades, carencias asistenciales, biologicismo, burocratización, privación de libertad y otras prácticas institucionales que agravan el sufrimiento psíquico. Se problematiza la medicación o sobremedicación, los espacios, los tiempos, las condiciones reales del desarrollo de la asistencia. La información parte de dos cuestionarios de diseño libre, que incluyen propuestas de mejora. Sirva como punto de partida para una mejora de la calidad (humana y profesional) que queremos ver en unos servicios que solo tienen sentido si ponemos en el centro los cuidados y las necesidades de las personas.

PALABRAS CLAVE: usuarias servicios salud mental, derechos, vulnerabilidad.

ABSTRACT: A small qualitative study of the shortcomings of the public mental health system is presented. Speakits protagonists, direct witnesses of the day to day, either as users, or as professionals. Issues such as treatment, violation of rights and sensitivities, carelessness, biologism, bureaucratization, deprivation of liberty and other institutional practices that aggravate psychic suffering are addressed. It problematizes the medication or over-medication, the spaces, the times, the real conditions of the assistance development. The information is based on two free design questionnaires that include proposals for improvement. Serve as a starting point for an improvement of the quality (human and professional) that we want to see in services that only make sense if we put in the center the care and needs of professionals.

KEY WORDS: Key words: users mental health services, rights, vulnerability.

SUMARIO:

- 1 Introducción.
- 2 Cuestionario dirigido a las personas usuarias.
- 3 Cuestionario dirigido a las personas profesionales.
- 4 Conclusiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BARTON, L. (comp.) (2008). *Superar las barreras de la discapacidad*, Madrid: Morata.
- CIPRIANO, P. (2017). *El manicomio químico*. Madrid. Enclave de libros.
- ERRO, J. (2016). *Saldremos de esta. Guía de Salud Mental para el entorno de la persona en crisis*. Madrid. Biblioteca Social Hermanos Quero.
- GONZÁLEZ, R. (2014). "Trastorno límite de personalidad y violencia de género", *Mujeres y salud*, v. 36, p. 43-44.
- LEWONTIN, R.C. (2000). *A doutrina do ADN. A bioloxía como ideoloxía*, Santiago de Compostela, Laiovento.
- LEJARRAGA, A. (2004). "La construcción social de la enfermedad", *Archivo Argentino de Pediatría*, v. 102, Buenos Aires, jul/ago. 2004, p. 271-276.
- NICKI, A. (2001). "The Abused Mind: Feminist Theory, Psychiatric Disability, and Trauma", *Hypatia*, vol. 16, no. 4 (Fall 2001).
- MILLET, K. (2019). *Viaje al manicomio*. Barcelona, Seix Barral.
- MONCRIEFF, J. (2013). *Hablando claro*. Barcelona, Herder.
- READ, J. MOSHER L.R. y BENTALL (2004). *Modelos de locura*, Barcelona, Herder.

REFERENCIAS LEGISLACIÓN:

Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, (2006, 13 de Diciembre), Organización Naciones Unidas, New York.

REFERENCIAS WEB:

Primera vocal: <https://primeravocal.org/>

1 | Introducción

Estimadas lectoras y lectores:

Escojo a conciencia darle a este escrito formato epistolar, por parecerme una manera cercana de presentar públicamente el proceso y los resultados del trabajo que comienza con estas líneas. Esta carta está dirigida a las personas que me van a leer en el Anuario de la Sección de Psicología e Saúde del Colexio Oficial de Psicología de Galicia. El objetivo de este artículo es sacar a la luz información cualitativa sobre los aspectos más negativos de la asistencia a la salud mental en Galicia, en el sistema público. Para compilar y estructurar dicha información, lo primero que me planteé fue redactar un pequeño cuestionario para ayudar a organizar las ideas de las personas que generosamente me quisieron hacer llegar sus experiencias y opiniones sobre el tema propuesto. Así, divido el cuestionario en dos: uno dirigido a las personas usuarias, y otro dirigido a las personas profesionales. Los agradecimientos a las personas participantes nunca serán suficientes.

El diseño de los cuestionarios parte de lecturas inspiradoras (que se encuentran recogidas en la bibliografía) pero también, y sobre todo, de reflexiones personales, charlas, conversaciones y de mi propia experiencia como usuaria de los servicios de salud mental y como activista por los derechos de las personas con diagnósticos psiquiátricos.

Antes de continuar, querría aclarar una cuestión: el hecho de que aquí se recopilen relatos de los aspectos negativos no niega el hecho de que existan también aciertos y buenas prácticas. Sin embargo, esas buenas prácticas no serán objeto de este artículo. Pienso que partir de una crítica y autocrítica honesta es necesario para señalar la queja, la reivindicación, lo inaceptable en términos de vulneración de derechos y sensibilidades. Solo a partir de ahí podríamos ya dar espacio a lo que sí se está haciendo bien, no descartando tampoco que la reflexión generada por esta crítica inicial pudiera servir, ella misma, para avanzar en la dirección necesaria de las buenas prácticas y cambios que queremos ver en el sistema público de salud mental.

En relación a los relatos de los que se dará cuenta en este artículo, se guardará el anonimato de las personas participantes, indicando solamente en algunos casos el tipo de centro (todos urbanos, distinguiendo entre urgencias y unidades de agudos), ocasionalmente el diagnóstico (solo si la persona lo quiere facilitar) y en el caso de los relatos de trabajadoras/res la categoría profesional (enfermera, psicóloga/o, psiquiatra, etc.). En total fueron diez los relatos de personas usuarias y seis por la parte profesional.

A partir de estos cuestionarios, mi propuesta de redacción consistirá en recoger los resultados y organizar las respuestas, evitando redundancias, con la intención de presentar una panorámica de los aspectos más negativos del sistema público de atención a la salud mental en Galicia. Teniendo en cuenta que aunque metodológicamente no reúne los requisitos de una investigación científica, sí querría llamar la atención sobre la necesidad o interés que pudiera derivarse de la realización de estudios más amplios y con mayor calidad metodológica que puedan ahondar en la reflexión crítica de estas cuestiones por parte de personas usuarias y profesionales de los servicios de salud mental de Galicia.

La parte de texto que figura en letra cursiva son citas textuales de las personas participantes. Muchas gracias de antemano a todas ellas, sé por experiencia la dificultad de expresar experiencias difíciles, muchas veces traumáticas, que sucedieron en el momento que más ayuda se necesitaba. Este artículo va dedicado a todas y cada una de ellas.



©sharonmaccutcheon

2 Cuestionario dirigido a las personas usuarias:

1- ¿En algún momento/s de tu paso por los servicios de salud mental, sentiste que no se estaba teniendo en cuenta tu voluntad a la hora de elegir tratamiento?

En general, las usuarias se quejan de los efectos secundarios del tratamiento (*le expuse que la medicación me tenía totalmente anulada y con mucho malestar (y no solo por los efectos secundarios como el picor y la inquietud que este también me producía, las caídas y golpes constantes al tropezarme con todo en la mínima actividad que en la limitación de mi autonomía -por la medicación- me podía permitir); mi psiquiatra cuestionó la gravedad de mi depresión cuando le dije que había dejado el Escitalopram porque me dejaba sin vida sexual*). Se duelen también de la falta de información sobre el tipo de sustancias administradas (*en mis once ingresos jamás se me explicó qué sustancias se me estaban administrando*), o de las respuestas airadas de los profesionales ante las quejas (*“este me dijo que sin problema, que anulábamos el tratamiento y que me daba el alta, que “a ver cuántas horas tardas en arrastrarte hasta esta puerta pidiéndomelas”; o cuando intenté hablar sobre medicaciones y al sugerirle alguna me dijo con enfado y desafiante “¿esto qué es, un supermercado?”*). Un usuario relata también la imposibilidad de estas quejas: *el que estaba allí haciendo prácticas se enzarzó en una discusión conmigo diciendo que yo tenía que tomar lo que me diese la doctora “sin cuestionarlo”, y solo dos personas afirman que las tuvieron en cuenta (me sentí bien, una vez encontrado el tratamiento adecuado)*.

2- ¿En algún momento/s de tu paso por los servicios de salud mental sentiste que no se estaba teniendo en cuenta tu versión sobre los motivos por los que tenías sufrimiento psíquico? ¿Sentiste que el tiempo que se te dedicó era insuficiente, tanto en la duración de las sesiones como en la cantidad de las mismas?

Una usuaria, que acude a consulta por un tema de acoso moral en el trabajo, ilustra esta sensación de que no fuera tenida en cuenta su versión con frases textuales que escuchó por parte de lxs profesionales: *“todos percibimos las cosas un poco como no son... tendemos a confundirnos... a exagerar... uno también tiene que saber qué es lo que está haciendo mal para que esto le ocurra... que por mucho que no comulgues, en el trabajo hay que aceptar las injusticias de quien te manda, y lo mejor siempre es callar y obedecer para no acabar teniendo estos problemas”; “usted no tiene nada, lo que tiene es capricho y mucha rabia”, etc.* Se queja esta misma usuaria del *tono más coloquial y embaucador, cuando querían tu aceptación, y en el peor de los tonos - elevando la voz, riéndose, caras de desprecio, autoritarismo, amenazas - cuando no les dabas el beneplácito de tanta sabiduría de oráculo*. Relata del mismo modo cómo empeoró la situación a partir de la pericial forense: *“bueno, parece que la situación*

en el trabajo no va a facilitar tu reincorporación cuando mejores... es muy difícil que judicializando todo arregles nada... cuando vuelvas va a ser peor... es mejor que abandones ese trabajo y busques trabajo en otro lugar... no queriendo plantearte dejar ese trabajo estás dando claras evidencias de una gran actitud beligerante por tu parte, e igual eso fue lo que te trajo hasta aquí... si no dejas ese trabajo yo voy a indicar a la inspección que te reincorporen lo antes posible”; “si no es entonces lo que yo digo, será una manera de querer engañarnos para conseguir una jubilación”. Por último, se queja del poco rigor profesional (esta usuaria en concreto es además psicóloga), de este modo: *entrar la enfermera constantemente requiriendo la atención de la profesional, constantes interrupciones en las consultas para atender llamadas, salir del despacho sin la menor explicación dejándote a la espera, entrar con personas ajenas para tratarles algún trámite mientras permanecías a la espera y te veías expuesta a quien ni te habían presentado ni te habían pedido consentimiento de entrar en la cita concertada para ti, tenerte más de una hora a la espera cuando las citas eran concertadas pasando por delante de ti y no haciendo jamás referencia a que habías estado esperando, ni durante ni después*.

Otra usuaria expone que *en mis incursiones en los servicios de urgencia nunca se me escuchó sobre mi sufrimiento psíquico, simplemente se me proporcionaba un diagnóstico tiempo después, en las altas*.

Los tipos de quejas se refieren también a tratar las dificultades que ocasiona el sufrimiento psíquico como una mera cuestión de falta de voluntad (*mi psiquiatra trató mi problema con el TOC en el tema de no ser capaz de salir de casa como un capricho mío, diciendo que “eso es tomar la decisión y salir”, cuando precisamente yo tengo un problema de duda obsesiva que me impide tomar decisiones*), y una usuaria atribuye la falta de credibilidad a que *a lo mejor porque estaba más consciente que otros enfermos. Llegué a ingresar voluntariamente y me mandaron para casa en un par de días*.

En relación al tiempo, una usuaria afirma que *el tiempo siempre es insuficiente y centrado en medicamentos, nada más. La frecuencia de las citas es ridícula. Que un paciente no pueda ver a su psiquiatra en 6 meses y no pueda cambiar la medicación si le va mal la que le dio es aberrante. Esto lleva a que dejes la medicación y no la sustituyas por otra*.

3- ¿Sentiste en algún momento/s que el clima o trato de las intervenciones/consultas no eran adecuados a tus necesidades?

Con la excepción de dos usuarias, todas las demás refieren esta sensación de inadecuación, por diferentes motivos. Uno de ellos es el propio ambiente hospitalario (*hay mucha gente, personal, acompañantes y enfermas en los pasillos, de pie, en camas, sentados, etc. El nivel de ruido y de movimiento es estresante; no es un lugar idóneo y mucho menos para una persona con un*

perfil como el mío en ese momento; cuando voy a pasar a una sala de observación hasta que me asignen cama, irrumpen de forma violenta una enfermera con un hombre chillando que directamente amenaza a la psiquiatra de que no va a tomar el tratamiento porque lo que quieren es adormilarlo para poder trasladarlo al Hospital Psiquiátrico). Dentro de este ambiente, una usuaria menciona que pasó la noche en un pasillo.

Otra de las usuarias, que ingresa voluntariamente por ideaciones suicidas, señala que *EN NINGÚN MOMENTO REVISARON MIS PERTENENCIAS para valorar la necesidad de quitarme aquellos objetos personales que eran potencialmente peligrosos* (mayúsculas en el original). Esta misma usuaria, de hecho, menciona que una persona, con un cuadro similar al suyo, se había suicidado en Urgencias del mismo hospital urbano (esta información le fue facilitada por su psiquiatra). Se muestra reiteradamente preocupada por este hecho de no ser suficientemente supervisada ante las ideas suicidas (*por la mañana desayuno, me ducho sola, solo tengo que avisarlas cuando quiera ir al baño pero allí dentro no tengo SUPERVISIÓN; llevaba unas zapatillas de deportes y nadie le quitó los cordones, etc.*) Esta misma usuaria se queja también de la falta de coordinación entre servicios públicos y privados, con los que ella tenía seguro, que motivó un retraso considerable, de varias horas, e incluso días, en la adjudicación de medicación y de traslado desde la planta de urgencias (*pasaba el día sola, rodeada de gente y barullo, pero sola y desatendida. Pasan las horas, llega la hora de la cena, yo lloro y estoy desesperada, aquello tenía todas las trazas de que tendría que pasar otra noche allí*). En relación a la medicación, comenta el hecho preocupante de que finalmente se la trajeron sus familiares, llegando a tenerla de su mano, con el riesgo que eso entrañaba, de nuevo, para sus ideas suicidas.

Otra usuaria se queja de la mala calidad de la comunicación: *Toda respuesta te la requerían con celeridad, no había tiempo para elaborar la respuesta, si tardabas te increpaban o pasaban a la siguiente (mostraban impaciencia, miraban el reloj, comenzaban a hacer otra cosa), si la respuesta se extendía te la cortaban, en casi todas las citas te recordaban que no había tiempo, pero lo hacían como si fuera una desconsideración por tu parte por no ir como el ganado a recibir el pienso sin salirse ni un milímetro del cubil donde te lo echan; constituía todo una práctica de todas las maneras que yo conozco de impedir la comunicación real. No es la única, la siguiente cita, en la misma línea, corresponde a otro usuario: Tonos superbordes y despectivos, presencia de personas haciendo prácticas sin preguntarme si me encontraba cómodo con ellas ahí, actitud desafiante (e infantil), tratar mis problemas como un problema de actitud, malas reacciones cuando le hago ver que se confunde en algo...*

Dan cuenta también del sinsentido, para ellas, de algunas terapias u ocupaciones durante los ingresos: *se pretendía hacer una terapia de grupo que resulta-*

ba ridícula, en algunas solo se nos preguntaba qué tal estábamos y teníamos que responder "bien". En otras terapias de grupo recortábamos una noticia del periódico y la comentábamos. El clima de las urgencias era de desamparo.

Solo dos de las diez usuarias responden negativamente a esta segunda cuestión.

4- ¿Sentiste que las citas o revisiones respondían más a un trámite burocrático que a un tratamiento personalizado y bien programado?

Cinco usuarias responden afirmativamente a esta pregunta, si bien no aportan más relato. Una de ellas pone como excepción el hospital de día, y una sexta usuaria relata que *las consultas eran en todo momento personalizadas, no sentí que habían respondido a un trámite burocrático.*

Otra de las usuarias (anteriormente mencionada, que había ingresado con ideación suicida) me remite un relato extenso y pormenorizado de las consecuencias, muy negativas para ella, de los atrasos burocráticos que se dieron en su caso concreto, debido a la falta de coordinación entre el seguro privado y el servicio público de salud. Entre estas consecuencias negativas se incluyen la cantidad de horas de espera en un ambiente que no le hace bien, el paso por diferentes consultas y despachos (con la consiguiente variedad de profesionales con los que tiene que hablar), la falta de respuesta cuando pregunta si se sabe algo, y la indignación cuando le dicen que en el seguro privado no tienen constancia de la orden de traslado ni de ingreso (*estoy indignada, allí, en medio de toda aquella gente, perdiendo de tener la asistencia y los cuidados que preciso*). Finalmente asumen (y le explican) que se había tratado de un error, consecuencia del cual estuvo tres días en urgencias hasta que se resolvió el traslado, en los que su angustia iba creciendo, añadiendo el hecho de que la medicación también se hizo esperar, debido al mismo error burocrático. Relata esta usuaria que *las enfermeras bajan la cabeza, son conscientes de lo mal que se estaba gestionando todo aquello y sin ningún tipo de empatía, me dicen que me acueste. Una de ellas asiente cuando yo digo en voz alta que es una vergüenza que nos tengan así.*

En relación a la burocratización, otra usuaria dice textualmente: *Ni veías ni te explicaban la temporalidad de las citas, no había directrices terapéuticas. Casi siempre que tenías una cita te nombraban la Inspección y la baja; por lo que finalmente entiendes que lo único a lo que vas es a controlar/fichar (te hacían las mismas preguntas de siempre, daba igual lo que contestaras, siempre que te querías salir de lo que te preguntaban para aportar lo que te preocupaba recurrían a la falta de tiempo y a que igual en la siguiente consulta se hablaba de eso).*

5- ¿En el caso de escuchar voces o tener pensamientos delirantes o intrusivos, sentiste que no se estaba atendiendo al origen, contenido y/o significado de las mismas?

Solo dos usuarias relatan escuchar voces. Una de ellas explica que las escuchó en casos de obsesión o paranoia, y otra que *en mi caso cuando oí voces no se le prestó demasiada atención a su origen o a su contenido*. Otra usuaria refiere que *el hecho de decir que lo que me pasaba era una enfermedad de los neurotransmisores insultaba mi inteligencia, yo sabía que había desencadeantes biográficos, pero nunca se habló de ellos*.

6- ¿En algún momento/s te sentiste coaccionada para ingresar en el hospital o tomar una determinada medicación en lugar de otra? (Por ejemplo tomar la medicación inyectable en lugar de la medicación oral)

Una usuaria se queja de que en su *ingreso pretendían sin consensuar conmigo derivar hacia mi familia ciertas competencias*, otra relata que le cambiaron a una *medicación que no existe en genérico, obligándome a comprar de marca pagando más*, y otra que *no, porque directamente no me explican para qué es cada medicación*.

La respuesta más contundente, en relación con la sensación de coacción, viene de otro usuario: *desde que los internamientos no eran voluntarios puedo decir que sí, que me sentí coaccionado, y la medicación había que tomarla, sino tenía por consecuencia un castigo como atarte a la cama*. Otra usuaria refiere que fue reducida entre cuatro personas, *como si fuera parte del mobiliario, para conseguir un traslado de hospital a lo que me oponía, por auténtico pánico motivado por el argumento de la psicosis*.

Solo dos usuarias responden negativamente, una de las cuales explica: *en absoluto, de hecho fui yo quien pedí el ingreso voluntario*.

7- ¿En algún momento/s te sentiste más juzgada que verdaderamente acompañada?

Solo un usuario responde negativamente a esta cuestión. Sin embargo, sí se juzga a sí mismo, con las siguientes palabras: *No, pero por ejemplo en agudos me sentí solo y bastante mal, me miraba al espejo continuamente. Ahora sé que la monstruosidad está ahí y la asumo*. No puedo evitar reflexionar, a partir de este testimonio íntimo y sobrecogedor, sobre el sufrimiento que implica interiorizar el estigma social sobre las personas con diagnósticos psiquiátricos.

Otras usuarias relatan sentirse *juzgadas por la psiquiatra (siempre), por el psicólogo (que además recurrió a mi diagnóstico/estigma de paranoico para escaquearse de una cuestión que no tenía por qué ser necesariamente nada relacionado con la paranoia. No me parece nada profesional reforzar el estigma del paciente para quitarse del medio un problema), o por las enfermeras (en el cambio de turnos de trabajo, las enfermeras se informan unas a las otras de la situación de cada uno de nosotros. Cuando hablaban de mí, lo hacían en voz baja, lo cual me hizo sentir como una "loca")*. Una usuaria refiere cómo la sensación de sentirse juzgada es general, diciendo textualmente: *En muchísimas más de las que pensé que se podía ser juzgada en un trance semejante. Casi que el acompañamiento mayor y más normalizado era paradójicamente el recibido por el personal administrativo que te tramitaba las citas de salud mental*.

En respuesta a la pregunta por el acompañamiento, una usuaria menciona que, *además de no sentirse para nada acompañada, si te acercabas al control de las enfermeras rápidamente te echaban de allí... además de tomarlo cómo algo negativo en tu evolución*. Otra usuaria afirma que *todo sería más sencillo si mi familia pudiera haber estado conmigo, ya que eran las únicas personas de mi confianza en medio del terror de la psicosis*.

“En agudos me sentí solo y bastante mal, me miraba al espejo continuamente. Ahora sé que la monstruosidad está ahí y la asumo”.

8- ¿Sufriste alguna contención mecánica? ¿Cómo la viviste?

Sufrí contención mecánica en dos ocasiones en diferentes ingresos... me ataron a la cama durante un día, yo lo viví con mucha angustia por el hecho de que no podía orinar, no quería hacerlo en la cama... y después de chillar varias veces vinieron cuando les "petó". Otra usuaria relata: Me sujetaron cuatro personas, dos los brazos y dos las piernas. Una de ellas me hizo daño en un tobillo, como una luxación. Chillé de daño y terror. Sentía que estaba en sus manos, que podían hacer conmigo lo que quisieran, que yo ya no contaba como ser humano en esos momentos.

Una usuaria explica que, pese a no haber sufrido contención mecánica, sí experimentó como una manera de contención el hecho de que el tribunal médico decidió darme el alta médica, ya que, sigue diciendo, el hecho alcanza cierto cariz de contención; porque a pesar de que recurre judicialmente a dicha resolución, mientras la burocracia no obra (menos en dos días de plazo) tú tienes que incorporarte al trabajo si no quieres perderlo.

El resto de usuarias no sufrieron contención, dos de ellas por no estar nunca ingresadas.

9- ¿Sentiste en algún momento que no se respetaba tu intimidad? ¿Cómo lo viviste?

En relación a esta cuestión solo dos usuarias afirman no haber sentido intromisión en su intimidad. Las otras usuarias sí sintieron falta de respeto, dos se refieren en concreto al punto de ducharse, otra a la revisión de cajones y objetos personales, así como cacheos. Muchas veces, directa o indirectamente, afirma otra.

También mencionan la intromisión sobre las relaciones familiares, en el caso de una usuaria concreta: *la enfermera del PII en una ocasión me dijo "dice la psicóloga que tienes familia y que dices que tienes buena relación con ella; pero yo veo que siempre vienes aquí sola"... ante mi silencio reprobador insistió: "¿entonces a tu familia le importas, o no?". Tras indicarle que por qué se atrevía a hacerme esas preguntas, dijo que era porque la psicóloga quería citar a mis progenitores. Le expliqué que tenían total disponibilidad para asistir, que de las circunstancias que hacían que no me acompañaran no le tenía que dar cuenta, que si la psicóloga quería convocarlos no lo había hablado conmigo en la sesión, y que jamás se atreviera a decirme a mí, ni a ningún otro/a enfermo/a algo semejante de la familia, y que si pensaba que estaba actuando dentro de lo que sus competencias le conferirían.*

Por último, un usuario explica que *no estuve ingresado, pero en las consultas la psiquiatra se puso a hablar de mi vida personal a un joven en prácticas que no conozco de nada y sin pedirme permiso.*

10- ¿Te sentiste juzgada o ninguneada en relación a tu sexualidad? ¿Cómo fue? ¿Cómo lo viviste?

Ante esta pregunta, cuatro usuarias responden que no. Entre las que responden que sí, un usuario refiere que *mantener relaciones sexuales es lo peor que puedes hacer, aun así yo fui atrevido e hice sexo en dos ingresos.* Otro usuario relata lo siguiente: *Sí. La psiquiatra se burló de mí y frivolisó sobre mi depresión diciendo que tan mal no estaría si no quería tomar una medicación porque me convertía en un ser sin vida sexual. Me pareció humillante. También delante de una persona haciendo prácticas sin preguntarme si yo estaba cómodo con ella allí.* Por último, un usuario opina que *el hecho de no poder tener relaciones sexuales en meses o años, para quienes están ingresados, es una aberración. El sexo ayuda anímica y mentalmente.*

11- ¿Sentiste que no se tenían en cuenta tus quejas sobre los efectos secundarios de la medicación?

En la primera pregunta del cuestionario, algunas usuarias mencionaban aspectos relacionados con la medicación, de manera que esta pregunta complementa a aquella. Añado aquí, por tanto, solo la información nueva. Se queja una usuaria de la dificultad de cuestionar este aspecto (*por mi experiencia es mejor no llevarle la contraria a un psiquiatra por lo que no me quejo de la medicación y la sigo como un burro con orejeras*), y otra de la irascibilidad que le provocaba, a pesar del cual la psiquiatra no la quiso cambiar. *Y eso sabiendo que estoy ayudando a cuidar a un niño pequeño que quedó sin padre.*

Una usuaria relata, en cambio, una experiencia positiva en este aspecto: *Siempre que alguna medicación me ha sentado mal, se hizo algún cambio para mejorar, por lo tanto noté que por supuesto se me tenía en cuenta.*

12- ¿Tuviste problemas para conseguir ayuda profesional para reducir o abandonar progresivamente algún psicofármaco en concreto, o todos en general?

Una de las usuarias, que sí tuvo problemas aunque finalmente dio con otra profesional más favorable a sus demandas, dice textualmente: *no sé que hubiera sido de mí si me hubiera sometido a aquel (si se me permite) "camello con título para recetar", o si los/las demás profesionales hubieran insistido en el mismo que él y en no tener mi decisión en cuenta.* Como fuese esta usuaria acudió a una consulta privada, paralelamente, termina diciendo que, *en resumen, te enfrentas al dilema moral de pagar privadamente la atención que precisas mientras tienes que adoptar el rol de seguir yendo y mintiendo acerca de que estás recibiendo tratamiento privado. En las condiciones mentales en las que está una en ese momento, abordar tal juego, y formar parte de él, te produce tal sufrimiento que desistes de tener que andar mintiendo y disimulando para poder curarte; hasta que ya cuando lo único que haces es*

empeorar cada vez más (seis meses más tarde de lo que habías pensado) tienes que hacer ese sobreesfuerzo y entrar en esa rueda de nadar sin mojarte la ropa.

Otra usuaria, por el contrario, se queja de la bajada brusca de medicación: *de hecho una reducción drástica de dosis como se me hizo con el Lorazepam puede tener consecuencias serias en la salud. Tampoco se me advirtió cuando se me comenzaron a recetar benzodiazepinas que causan muchísima dependencia y que el síndrome de abstinencia puede ser hasta mortal. Tampoco me advirtieron de que el riesgo de padecer Alzheimer aumenta entre un 50% y un 70%. Ni que puede causar estreñimiento crónico.*

Otras respuestas tienen que ver con el propio miedo a dejar los fármacos (*de momento no me siento capaz de dejar la medicación, tengo miedo de un brote, o de ponerme triste*), o con el miedo que le infundió una psiquiatra si abandonaba la medicación (*si dejas la medicación vas a tener recaídas, cada vez serán más fuertes y el deterioro mayor*). Y por último, una usuaria responde a esta pregunta de este modo tan irónico: *Bajar la medicación... ¡Ja!*

13- ¿En algún momento sentiste que el paso por los servicios de salud mental agravaba tu sufrimiento psíquico en lugar de aliviarlo? ¿Podrías poner algún ejemplo?

En mis ingresos se podría decir que sufría síndrome de Estocolmo, a veces deseaba ingresar para aliviar mi sufrimiento psíquico. Con esta complejidad psicológica responde una usuaria a esta pregunta sobre la posibilidad de que los servicios de salud mental agraven el sufrimiento psíquico, en este caso refiriéndose en concreto a los ingresos. También dan cuenta otras personas de aspectos relacionados con las citas periódicas (le expresé el sufrimiento que antes, durante y después me suponía asistir al programa y lo atrapada que me veía en él burocráticamente. Tras esa queja comencé a ser atendida con educación, pero sin interés), señalando tales citas como estresantes en sí mismas (para mí una cita con la psiquiatra implica semanas de preocupación porque es una situación muy incómoda (con casi todos los psiquiatras fue así). He retrasado citas porque no me veía anímicamente capaz de soportar una situación así en esa época).

Un usuario relata su percepción del sufrimiento en los ingresos por empatía con las personas que vio allí ingresadas, aunque él mismo nunca había tenido un ingreso: *Pacientes pasándolo fatal, llorando, chillando, hablándote de cosas que no entiendes, sensación de estar siendo castigado por haber hecho algo, escasa o nula atención personalizada...* Se menciona también la *falta de credibilidad o seriedad*, y otro usuario refiere que sufrió mucho, en agudos desde los 21-23 años. Una usuaria explica: *me sentía privada de libertad, nerviosa, caminaba por los pasillos, ida y vuelta, continuamente, para aliviarme esa sensación y hacer algún ejercicio físico.*

14- ¿Te sentiste mal en algún momento por el trato que se le estaba dando a compañeras/os durante un ingreso? ¿Qué sucedió?

Incluyo en este apartado solo las respuestas de personas que estuvieron ingresadas, una de las cuales relata el siguiente: *Vi cómo a una señora que tenía una esquizofrenia y estaba atada con ataques delirantes, la trataban sin asertividad y cuidado. Era muy desagradable ver el trato que le daban, la saturación de las enfermas y la falta de personal hacía que no estuviéramos cuidados convenientemente, todo lo contrario (personas mayores que no podían comer solas y pasaban mucho tiempo esperando que las vinieran a ayudar, otras esperando a que les pusieran/quitaran la cuña después de pedirlo en innumerables ocasiones, etc. Otra usuaria cuenta que se sintió mal cuando a un hombre de edad le dieron unas zapatillas del hospital y a la otra mujer más vieja le dejaban los pies con escaarpines... monté un cirio pascual y al final la mujer consiguió unas zapatillas.*



©rawpixel

Un usuario me aporta un testimonio largo y valioso sobre diferentes ocasiones en las que fue a visitar a un amigo ingresado, a lo largo de varios meses y en varios hospitales, todos públicos en áreas metropolitanas: *En el hospital X le drogaban tantísimo que no podía ni hablar siquiera. Cuando un día les pregunté si era preciso tenerlo tan zumbao aseguraron que era porque estaba "muy arriba". Pero a partir de ese día le bajaron la medicación mucho y pude volver a hablar con él (así que tan esencial no era. Solo reaccionaron cuando alguien les llamó la atención). Alguna vez lo ataron a la cama y no respondían a sus llamadas y se meó por encima. Después no le quitaron de la cama las bridas de plástico duro y le hicieron dormir sobre ellas durante semanas. No tenían acceso a aire fresco o luz directa del sol (sin cristales de por medio). No podían comer nada que no le habían dado allí, no me dejaban llevarle nada. Los tenían todo el tiempo en pijama, lo cual refuerza el autoestigma de "enfermo". No les dejaban acceso a sus ropas o pertenencias. Se burlaban de mi amigo cuando no podía caminar por las dosis tan altas de medicación que le daban. Una vez una enfermera le dijo "¿qué? ¡cómo vienes, que no puedes ni levantar las piernas, ¿eh?!". Mi amigo sufre de paranoia y estaba en una habitación con una cámara que lo grababa en todo momento (pensé que era una rayada suya pero no, después lo vi en un monitor). No lo veía nunca un psicólogo. Estaba bien ya en menos de dos meses pero el psiquiatra decidió retenerlo 6 meses (sin sentido alguno, él estaba perfectamente).*

En el hospital Y (otro diferente), el usuario anterior se centra en aspectos diferentes: *era difícil conseguir permiso para visitar a mi amigo. Yo tuve que hacerme pasar por su pareja y ser entrevistado por un psiquiatra. El lugar no tiene acceso con transporte público, lo cual hace más difícil que alguien decida ir a visitarlo. Yo tenía que ir andando 45 minutos (y otros de vuelta) por carreteras sin arcén y sitios bien peligrosos. Habían prohibido escuchar música (en sus propios auriculares y reproductores de mp3) excepto entre las 12 y las 13 y entre las 17 y las 18. Supongo que porque eso de escuchar música es algo que nos hace sentir fatal, claro... Aquello era una mera medida de castigo por estar mal, una ruindad escandalosa. Sin embargo tenían una tele para todos y podían ver en la TV cualquier cosa que quisieran, incluidas pelis de violencia y brutalidad, por ejemplo, cuando eso sí puede afectar al estado anímico o mental del paciente. Tanto en este lugar como en el otro no tenían acceso a internet y se encontraban totalmente aislados de la sociedad. No podían tener relaciones sexuales y se les castigaba con más tiempo de ingreso si se les descubría teniéndolas.*

Para mejorar necesitas estar en un sitio tranquilo, sin percibir tensión, gritos, agresividad... ser tratado con afecto y respeto, y no sentir que estás ahí por hacer algo malo, que es lo que consiguen.

Una usuaria responde a la cuestión de este modo tan gráfico y sintético: *Sí, como si no fuéramos personas sino parásitos de la sociedad, sin valía, ni merecedores de respeto.*

15- ¿Hay algún otro aspecto que no esté reflejado en el cuestionario que te hizo sentir mal y que quieras compartir?

Entre las respuestas recibidas, una usuaria relata que le molesta *la actitud generalizada de tratar al paciente como un enfermo mental, no una persona con un problema como lo que puede tener otra persona. Paternalismo, ninguneo, burlas, cinismo, desprecio, falta de atención, medicación excesiva con el fin de atontar, falta de afecto y comprensión, trato de pacientes como cosas...*, y otro escribe lo siguiente: *En agudos, la soledad, la tristeza y mi obsesión de mirarme a los espejos continuamente y ver un monstruo.*

Una usuaria, en tratamiento por una baja médica, quiso expresar que *es cuanto menos de muy poco respeto e indignante, y hasta diría anticonstitucional que cuando un tribunal te da el alta médica, aunque el mismo día de incorporación vuelvas a causar de nuevo baja, hacen la triquiñuela administrativa de declararte una nueva baja cuyos motivos los desliga del de la anterior; sometiéndote aún por arriba a tal suplicio de neurosis administrativa, volviéndote a someter a una situación de revictimización, en la que estás viviendo un déjã vu porque te ponen nuev@s profesionales que no te conocen de nada.*

Es como si te pusieran siempre el peso de todo en tus espaldas, responde otra usuaria.

16- ¿Qué mejoras propondrías para los servicios de salud mental a partir de tu experiencia?

La usuaria que había ingresado por ideación suicida, cuya máxima preocupación había sido la ausencia de supervisión, propone a partir de su experiencia que *lo bueno sería que hubiera una sala (se refiere al servicio de Urgencias), un espacio para enfermos que como yo, estuviéramos aislados y controlados permanentemente, sin acceso a objetos con los que causar daño a nosotros mismos y a los ajenos. Afortunadamente yo no tuve conductas violentas ni hacia mí ni hacia otras, pero tranquilamente podía haberse dado el caso. Del mismo modo, expresa su necesidad de que la familia había podido estar presente.*

Con el fin de evitar redundancias en las respuestas, que fueron muchas, voy a intentar sintetizar la gran variedad de ellas:

En relación a las profesionales, las demandas en este sentido apuntan a la necesidad de inversión económica importante para *contratar a más personal*, pero también aspectos cualitativos relacionados con el desempeño de la actividad

profesional (*no hay humanidad en la mayoría del personal, ni empatía*). Entre estos aspectos cualitativos, se demanda en general *una atención más personalizada, información sobre medicación y diagnósticos, que centren sus actuaciones en el aspecto clínico (nunca en el burocrático), que hagan uso de la ética profesional que requieren sus competencias, y que dispongan del tiempo que cada caso requiere*. Señalan las usuarias la *necesidad de escuchar (sus necesidades, preferencias, opiniones...), no estigmatizar (ni permitir que el paciente se estigmatice), así como de reconocer y respetar todos sus derechos de consideración y asistencia*.

En lo referente a la estigmatización, un usuario hace alusión al trato recibido en otras áreas de la salud: *por el hecho de ser paciente psiquiátrico me encuentro con situaciones en las que es tratado con condescendencia, paternalismo y cachondeo, asumiendo que no me pasa nada y que soy un hipocondríaco. Esto es algo tan constante que siempre que voy a médicos y especialistas tengo que ir con mi madre o padre (y yo tengo 40 años) para tener testigos de cómo me tratan. Así se cortan bastante más*. Por esto, demanda *más formación, por parte de estos profesionales, de lo que son las dolencias psiquiátricas*.

Demandan varias usuarias la *necesidad de no basar los tratamientos solo en recursos farmacológicos, con lo que supone de clara desasistencia por limitar tratamientos metodológicos de probada evidencia científica* (en relación a las terapias psicológicas), al respeto del cual una usuaria se expresa de este modo: *Hay que finalizar con la idea de que la única cosa que puede ayudar a un paciente es medicarse hasta quedar lelo*.

También en lo referente al ejercicio profesional se proponen como mejora *la existencia de la figura profesional del coordinador/a de todas aquellas actuaciones que se están llevando a cabo y que atienda a la/el enfermo para explicarle la naturaleza y competencias del personal y servicios intervinientes, así como para recoger la eficiencia y eficacia percibida por la persona a la que están dirigidas, con el fin de trazar estrategias que contemplen la totalidad de la intervención*. En relación con esta coordinación, se habla también de *la necesidad de que sea un equipo, y no un solo profesional, lo que tome decisiones sobre los ingresos o puestas en libertad*. Una usuaria se refiere también a *la necesidad de control de las profesionales en prácticas, porque están desamparados a veces ante personas sin escrúpulos ni preparación*.

Un último aspecto en el que las usuarias proponen mejoras es en el clima y trato hospitalario, es decir, una vez que están ingresadas en unidades de agudos o similares. Así, proponen *la existencia de un parque o jardín donde poder pasear (y también la posibilidad de salir más a la calle), que las unidades no sean tan claustrofóbicas, que los ingresos sean lo más breves posible, e incluso que se evite una situación de exclusión social, como se hace ahora aislando a los pacientes e incluso impidiendo que usen internet*. En este contexto, otra usuaria expone que *hay que buscar la manera de que el paciente esté BIEN, no meramente CONTROLADO*.

Una usuaria propone como mejora general *que se adapten de una vez a las leyes vigentes a Convención para los Derechos de las Personas con Discapacidad, como así lo recomienda el Comité Observador del cumplimiento de esta Convención por parte de los Estados Miembros*.

A modo de conclusión para este cuestionario dirigido a personas diagnosticadas y usuarias de los servicios de salud mental, quería incluir esta reflexión de una usuaria: *Que se entienda de una vez que TODAS tenemos problemas mentales, no solo quien tiene un diagnóstico. Tener un problema mental no te convierte en una enferma mental. Hay que dejar de considerar que un problema mental deja de serlo si lo padecen muchas personas. Los celos, consumismo, credulidad y falta de espíritu crítico, necesidad de aceptación social, etc., son también problemas mentales que causan mucho sufrimiento. Pero nadie te llama enfermo*

“Que se entienda de una vez que TODAS tenemos problemas mentales, no solo quien tiene un diagnóstico. Tener un problema mental no te convierte en una enferma mental”.

mental por ser celoso. Ni te tiene estigmatizado por serlo y en cambio se te teme como a un esquizofrénico, cuando mucha más gente asesina y hace daño por motivo de los celos que de la esquizofrenia.

3 | Cuestionario dirigido a las personas profesionales:

1- ¿Cuál fue la peor experiencia que tuviste como profesional de los servicios de salud mental?

Una psicóloga clínica relata como peor experiencia *el miedo e impotencia que sentí en dos situaciones en las que fui agredida levemente por usuarias hospitalizadas. Me parece importante señalar que en los dos casos pienso que la responsabilidad fue más nuestra que de las pacientes, por no valorar bien la idoneidad de estas intervenciones, que no resultaron ajustadas a su estado.* Otra psicóloga, a partir del suicidio de una persona al salir de su consulta: *Siempre pensé que tal vez hice o dije algo que influyó en que la persona tomara esa decisión en ese momento.*

Las psicólogas residentes apuntan como peores experiencias *la falta de supervisión directa de psicólogo clínico atendiendo a una paciente con trastorno mental grave a la que no podía ofrecerle un tratamiento acorde con sus necesidades, o el hecho de verse implicada en conflictos de poder entre facultativos de distintas especialidades a la hora de decidir “de quién es el caso” en vez de destinar los esfuerzos clínicos en atender a las necesidades y sufrimientos del enfermo.* Una de ellas refiere también como experiencia desagradable *presenciar la realización de alguna contención física y los posteriores comentarios entre lo personal que la realizó deshumanizando a la persona contenida, o que, a diario, se me exigía el cumplimiento de unos objetivos que nada tienen que ver con la ayuda al otro, sino más bien con la propia perversión del sistema del que yo formo parte.* Otra psicóloga relata, como experiencia desagradable y generalizada, *la situación de que a pesar de tener competencias para realizar un determinado tratamiento con un usuario, a este no se le facilitó tener acceso a dicho tratamiento en función del diagnóstico por ejemplo y no atendiendo sus preferencias o a si el tratamiento era eficaz para esa problemática que presentaba.*

La única psiquiatra que respondió al cuestionario relata que sus peores experiencias fueron *en el servicio de urgencias con mucha presión asistencial y escaso número de personal.*

2- ¿Sentiste alguna vez que los recursos (tiempo, formación, etc.) eran insuficientes para ayudar adecuadamente a las personas usuarias bajo tu responsabilidad? ¿Podrías poner algún ejemplo?

Las psicólogas clínicas señalan la falta de tiempo como una constante. *Necesitamos tiempo no solo para trabajar directamente con los usuarios sino también para otras labores relacionadas: hacer anotaciones en la historia clínica, informes, coordinarnos con otros profesionales, ampliar conocimientos, etc.* Una de ellas explica que *cuando la jornada laboral es insuficiente, se emplea tiempo extra, lo que puede producir una sensación de agotamiento y “saturación”, que repercute negativamente en la calidad de la atención prestada a los usuarios.* La otra denuncia las condiciones de precariedad absoluta, *con muchas personas que atender y poco tiempo, y con los tiempos de seguimiento muy largos, lo que imposibilita un trabajo/atención adecuados, especialmente en las unidades de salud mental. No es la excepción, es la regla.*

Entre las psicólogas residentes, las respuestas a esta cuestión tienen que ver con la *falta de supervisión, con el sentimiento de formación insuficiente, puesto que se hacía hincapié en aspectos muy teóricos y muchas veces sesgados por una perspectiva biologicista que infravaloraba el resto de circunstancias y factores que influyen en la salud mental de las personas, con la saturación de las agendas...* Una de ellas señala también como un obstáculo *la escasez de lugares y momentos de encuentro en los que poder coordinar nuestras actuaciones, ya que hace que en vez de que nuestras actuaciones se vean potenciadas por la intervención de varios profesionales, unas puedan interferir negativamente en los efectos de las otras.*

Otra de las psicólogas residentes señala también *la carencia de recursos sociales: faltan también muchísimos recursos que puedan favorecer una atención más integral y a largo plazo de los enfermos que puedan precisar de este tipo de ayudas y soportes.*

Por su parte, la psiquiatra explica que *en numerosas ocasiones tanto en una planta de hospitalización como en el servicio de urgencias con escasísimo personal, además de no formado en salud mental, lo que obliga a una asistencia deficiente.*

3- ¿Te sentiste alguna vez cuestionada, o coaccionada para tomar decisiones contrarias a tu ética profesional? ¿Podrías poner algún ejemplo?

Las psicólogas clínicas responden negativamente a esta cuestión.

De las psicólogas residentes, solo una responde negativamente. Otra de las psicólogas sí refiere situaciones de coacción: *tener que decidir atender más tarde de lo que considero adecuado a un paciente por cuestiones de agenda, poner diagnóstico tras una primera consulta, dejar de atender a una paciente ingresada en el hospital y a su familia porque mi actuación podría ir “en contra” de algún compañero (psiquiatra) en su lucha de poder con otra especialidad médica, decirle a unos padres que llevaran a su hijo (con un autismo) a la*

privada porque desde la pública yo no les iba a poder ayudar como necesitaban... Poner algún diagnóstico no muy ajustado a la realidad (explicándose y pactándolo previamente con el paciente) cuando valoro que es la única forma de que la persona consiga el acceso a alguna ayuda, recurso, etc. Una tercera psicóloga reflexiona sobre cómo la propia supervisión del período de formación implica cierto cuestionamiento, pero a mayores de eso, explica que, por ejemplo recuerdo en una consulta donde se daban muchas situaciones de no respetar la confidencialidad y la autonomía de los pacientes y que yo por inseguridad o por "comodidad" quizás no me opuse. Sí que es cierto que cuando dependió de mí alguna decisión siempre intenté hacerlo bien respetando los pacientes, pero no me gustaba ser testigo y no hacer nada cuando lo hacía el/la supervisor/a".

La psiquiatra responde: *afirmativamente*, y explica: *Siempre por la escasez de recursos sociales o sanitarios hasta el punto de haber ingresado a una persona más tiempo del debido por no disponer de recursos sociosanitarios para poder continuar el proceso de tratamiento.*

4- ¿Sentiste alguna vez que la atención que podías prestar estaba más regida por criterios burocráticos estandarizados que por programas personalizados y bien programados?

Mientras que una de las psicólogas clínicas afirma no haberse sentido así en los dispositivos en los que trabajó, la otra afirma que sí, *ya que muchos de los centros de las USM responden a criterios burocráticos/estadísticos y responden a criterios económicos y de gestión (porcentajes de altas, estancias medias en las unidades de hospitalización, etc.).*

Entre las psicólogas residentes, hay variación. Una de ellas explica que sintió la *presión burocrática en tareas de evaluación pero no de tratamiento*, y otra expresa esa presión con la metáfora el bosque no permite ver los árboles, refiriéndose a que *los protocolos y otras burocracias diseñadas desde un modelo de gestión económica, se olvidan por completo de la persona y de su singularidad, del uno a uno...* Otra de las psicólogas residentes especifica que sintió esta burocratización *sobre todo a la hora de tratar el "Trastorno Mental Grave" (diferentes tipos de psicosis y TB, TP...).* Por ejemplo, *se restringe la atención psicológica a este tipo de problemáticas porque se les supone base orgánica. También prevalecen a veces normas de la institución que suelen estar anticuadas y no adaptadas a las verdaderas necesidades de los usuarios.*

La psiquiatra, por su parte, afirma haber sentido también esta burocratización.

5- ¿Consideras que el modelo de atención puede ser revictimizante para las personas usuarias que hayan sufrido algún trauma (violencia psíquica, física, sexual, etc)? ¿Podrías poner algún ejemplo?

Entre las psicólogas clínicas que responden afirmativamente, se apuntan varias cuestiones:

Puede ser revictimizante dar por hecho que los usuarios tienen que hablar de la situación traumática con cada profesional que los va atendiendo. También cuando no se respeta el ritmo del paciente o se le anima a ahondar en detalles innecesarios. Me parece importante valorar y decidir conjuntamente de qué manera se va a abordar el tema, para evitar hacer más daño.

Sí, especialmente en casos de abusos, violencia de género y aspectos relacionados al género y/o ser mujer.

Las psicólogas residentes apuntan, como foco de esta revictimización *la etiquetación y al modelo paternalista (como sucede en los casos de violencia de género, que redundan en contra del empoderamiento, de la autoimagen y de la autoestima y de la toma de decisiones), o la consideración de personas enfermas con escasas posibilidades de cambio y poca capacidad de actuación.* Una de las psicólogas señala que, en casos de violencia de género, se puede *producir cuestionar a la víctima en vez de al culpable, igual que en situaciones traumáticas poner el énfasis de la intervención en la persona víctima y no atribuirlo a factores ajenos a la persona (sociales, culturales...).* Otra psicóloga refiere cómo *determinadas atribuciones personales en base a ciertos diagnósticos generan la repetición del patrón relacional previo que genera repetición/ revictimización.* Se refiere en concreto a la atribución de rasgos "manipuladores" a las personas con diagnóstico de Trastorno Límite.

La psiquiatra considera que se produce revictimización *cuando se utilizan técnicas de contención como la sujeción mecánica o el encierro durante meses en plantas cerradas.*

6- ¿Consideras que el modelo de atención, de base mayoritariamente biologicista, no atiende al relato biográfico de las personas usuarias a la hora de considerar globalmente las causas de su sufrimiento psíquico y, por lo tanto, no ofrece los apoyos necesarios más allá del tratamiento farmacológico?

Las psicólogas clínicas responden afirmativamente a esta cuestión. Una de ellas explica que *el modelo biomédico hegemónico y el poder de las farmacéuticas hace estragos, individualizando y medicalizando el malestar, que tiene múltiples orígenes (sociales, laborales, etc.),* mientras que la otra piensa que *el problema puede ser debido más a una escasez de recursos (fuera de los fármacos) que a una adhesión rígida al modelo biologicista por parte de los médicos y psiquiatras. Por ejemplo, una sobremedicación en primaria puede tener que ver con la dificultad del médico para tolerar el sufrimiento y la dificultad para derivar a otros dispositivos o programas. Pienso que lo mismo ocurre en especializada.*

Tanto la psiquiatra como las psicólogas residentes también responden afirmativamente. Una de ellas señala que *esta limitación del modelo biologicista se da tanto a la hora de la explicación de las causas posibles como a la hora de la intervención, únicamente basada en el tratamiento farmacológico, añadiendo que, además, cualquier deterioro o empeoramiento se atribuye a la propia "enfermedad" o a la no correcta toma de medicación, y no a otros factores como sucesos vitales estresantes, pérdidas, maltrato, sufrimiento psíquico de años de evolución...*

7- ¿Cuál crees que son, en tu opinión, las faltas más evidentes del sistema de atención a la salud mental?

Las psicólogas clínicas entrevistadas junto a la psiquiatra apuntan como falta más evidente *la escaseza de recursos humanos*. Las psicólogas se refieren también a los *modelos biomédicos imperantes ("reduccionistas")*, y a los *cráteros economicistas que organizan los servicios públicos de salud*.

Las psicólogas residentes coinciden también en las faltas anteriormente mencionadas por sus compañeras. A mayores, en sus respuestas especifican otros aspectos como *las listas de espera, la escasa formación de los recursos profesionales (recursos asistenciales muy limitados y mal diseñados) o el mal trabajo multidisciplinar*. Relacionado con la visión crítica de la multidisciplinariedad, una de ellas señala como problema *la poca comunicación y disposición de los profesionales (todos) para reunirse y tratar de hacer un abordaje coherente con las necesidades de la persona*.

Una de las psicólogas residentes señala también como falta *el "sistema deshumanizante", que repercute de diferentes maneras en las personas usuarias, como la posición de poder de los profesionales sin tener en consideración el deseo y necesidades del paciente, la tendencia a la cronificación y patologización del sufrimiento del otro, el hecho de no respetar la libertad de los enfermos, o no considerarlos como personas responsables y, por lo tanto, con capacidad de decisión...* Otra de las psicólogas señala también como faltas *ciertas prácticas de control y castigo como puede ser la contención física o la retirada de derechos (no privilegios como salidas a fumar...)*.

8- ¿Qué mejoras propondrías para los servicios de salud mental a partir de tu experiencia?

Entre las respuestas aportadas por las psicólogas clínicas, se proponen por una parte *la presencia de psicólogos clínicos en atención primaria, que podría reducir el número de derivaciones a Especializada aliviando las listas de espera y repercutiendo en una mejor atención en ambos niveles*. La otra psicóloga propone como mejoras *sin duda la perspectiva de lxs afectadxs en 1ª persona, que está enriqueciendo y aportando una perspectiva del sufrimiento y una crítica a los servicios de salud mental necesaria e imprescindible, apuntando además que serían necesarios más profesionales y recursos con otro tipo de mirada frente al sufrimiento, así como el desarrollo de recursos y programas que tengan en cuenta esa mirada amplia del sufrimiento*.

Las psicólogas residentes coinciden también en *la necesidad de un mayor número de psicólogos clínicos, con más plazas PIR con una idónea supervisión y formación para la mejora de competencias, servicios propios para la psicología clínica que redunden en un mejor trabajo interdisciplinar sin presión externa, y trabajo en equipo*. Una de ellas propone como mejora *el autocuestionamiento del sistema, así como una mayor consideración del enfermo, educar/promover una mayor participación de los enfermos en su proceso clínico*. Se refiere esta psicóloga a *la necesidad de contar con objetivos humanizados y no económicos, menor defensividad y mayor comunidad y también a la existencia de espacios de encuentro, entre personas...* Otra de las psicólogas comenta que está *a favor del tratamiento farmacológico siempre y cuando se prescriba con moderación y basado en la respuesta y en la mejora clínica percibida por el paciente y/o los familiares junto con una intervención holística de la persona (psicológica, ocupacional, familiar, social...)*.

La psiquiatra entrevistada sintetiza las mejoras necesarias en *"aumentar los recursos exigiendo lo propuesto en las leyes actuales"*.

4

Conclusiones

De la lectura del testimonio de usuarias y profesionales de los servicios de Salud Mental en Galicia se desprende por sí sola la necesidad de repensar otro modelo de atención a la salud mental. La exhaustiva y necesaria crítica constructiva que aportan las personas entrevistadas apunta sin duda a esta necesidad de un modelo nuevo, más centrado en las personas y sus necesidades que en el modelo biologicista y la excesiva burocratización que parecen dominar actualmente la atención a la salud mental en el servicio público.

REALIDAD TRANS INFANTO-JUVENIL. COÑECER PARA ACOMPAÑAR

Cristina Palacios Castro

TRABAJADORA SOCIAL Y DOCENTE DE CURSOS SOCIO-SANITARIOS. PRESIDENTA DE ARELAS, ASOC. FAMILIAS DE MENORES TRANS DE GALICIA.

✉ arelasasociacion@gmail.com

RESUMEN: En este artículo, basado en la experiencia, acercamos la realidad trans infanto-juvenil. Una realidad desconocida por muchxs profesionales con los que han de convivir niñxs trans. Nuestro objetivo es que menores y familias reciban el apoyo, asesoramiento y acompañamiento necesario y se evite que hayan de vivir situaciones de rechazo, discriminación, estigmatización y violencia. Evitar que sufran transfobia. Una de las formas más poderosas de ejercer la transfobia es la patologización de las identidades trans desde el ámbito de la medicina, lo que en la práctica supone que un/a menor trans ha de ser diagnosticad@ obligatoriamente como una persona que sufre disforia de género, la tenga o no, para ser reconocid@ legalmente y poder acceder a posibles tratamientos médicos. Proponemos por tanto, una mirada transpositiva que permita a cada persona expresar y comportarse desde la libertad para ejercer su derecho a ser.

PALABRAS CLAVE: Trans, acompañamiento, empoderamiento, autonomía, despatologización.

ABSTRACT: In this article, based on experience, we inform professionals about the reality of non-adult transexual people, a reality unknown by many professionals who have to live with transgender children. Our goal is to that children and families receive the necessary support, advice and accompaniment and avoid having to live in situations of rejection, discrimination, stigmatization and violence. To avoid transphobia. One of the most powerful ways of exerting transphobia is the pathologization of transexual identities which implies that transexual people must undergo a diagnosis for gender dysphoria, whether it occurs or not, to be legally recognized and able to access medical treatments. We bring a transpositive look that allows each person to freely express and exert their right to be.

KEY WORDS: Trans, accompaniment, empowerment, autonomy, depathologization.

SUMARIO:

- 1 Aclarando términos.
- 2 Vivencias iniciales.
- 3 ¿Y las familias?
- 4 Paradigma actual en el tratamiento da transexualidad infanto-juvenil.
- 5 El eterno debate de la patologización de las identidades trans.
- 6 Conclusiones.
- 7 Glosario de términos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Ann Horton M. (2008). *The Incidence and Prevalence of SRS Among US Residents*.
- Barqui N., Genise G. y Tolosa O. D (2018). *Manual integrador hacia la despatologización de las identidades trans. Recursos teóricos y clínicos para profesionales de la salud y educación*. Editorial Akadia.
- Dean S. (2015). *Una vida normal: violencia administrativa. Políticas trans críticas y los límites del derecho*. Editorial Bellaterra.
- Gallofré, G., Generelo, J. y Pichardo J.I. (2007). *Adolescencia y sexualidades minoritarias: voces desde la exclusión*. Ed. Alcalá.
- Gavilán, J. (2016). *Infancia y transexualidad*. Editorial La catarata.
- Mayor, A. y Monteagudo, S. (2016). *Niñas y niños: cada una, cada uno, diferente*. Editorial Litera Libros.
- Owl and Fox, F. (2019). *Guía de supervivencia para adolescentes trans*. Editorial Bellaterra.
- Platero Méndez, Lucas R. (2014). *TRANS*EXUALIDADES: Acompañamiento, factores de salud y recursos educativos*. Editorial Bellaterra.

1 Aclarando términos

Los genitales no determinan la identidad de una persona, de tal manera que existen niños-hombres con vulva y niñas-mujeres con pene. Esto forma parte de la diversidad humana.

En la actualidad, una inmensa mayoría de la ciudadanía entiende y asume este hecho como algo natural que difiere del binarismo impuesto socialmente de hombre con pene y mujeres con vulva con determinados roles y expresiones de género. Las personas trans y sus vivencias desafían ese orden social binario que genera mucho sufrimiento y coarta la vida de muchas personas desde que son menores de edad.

La diversidad sexual y de género es una característica enriquecedora que forma parte de las diferentes sociedades, un trazo que nutre la convivencia de diferentes matices, formas de ver y vivir la vida, modelos de familia y realidades humanas. Cuando hablamos de diversidad sexual y de género hacemos referencia básicamente a cuatro elementos: sexo asignado, identidad sexual o de género, orientación sexual y expresión de género.

Entendemos por sexo asignado (también conocido como sexo biológico) aquel que se nos impone atendiendo a la genitalidad con la que nacemos: si naces con un pene se te asigna sexo masculino, si naces con una vulva, sexo femenino. Es, por tanto, lo que nos diferencia anatómicamente desde un punto de vista binario hombre-mujer. Cuestión muy discutible teniendo en cuenta la existencia de personas intersexuales que no responden a esta regla, ya que su genitalidad ambigua, su combinación de genitales y gónadas de “ambos sexos” e incluso sus cromosomas diferentes a XX e XY, nos demuestran que el cuerpo con el que nacemos no siempre va a determinar tu identidad. El 30%¹ de las personas intersexuales a las que se les impone una identidad (incluso una genitalidad y corporalidad a través de cirugías y tratamientos hormonales), crecen siendo trans y/o no binarios.

El sexo asignado es muy importante porque determina la identidad sexual y de género y el nombre registral del bebé.

La identidad sexual y de género responde al sexo sentido, a quienes somos realmente independientemente del cuerpo con el que hemos nacido. Es la vivencia interna e individual del género tal y como cada persona siente y autodetermina, pudiendo no corresponder con el sexo asignado en el momento del nacimiento, es el caso de las personas transexuales.

La identidad de una persona es un proceso que se construye en el tiempo y no es un hecho aislado que aparece a cierta edad motivado por ninguna cuestión o suceso en concreto. La identidad sexual y de género va más allá del binarismo impuesto socialmente de hombre/mujer, existiendo identidades que van desde mujer/hombre transexual, mujer/hombre cissexual, género fluido, agénero, personas no binarias²...

La orientación sexual tiene que ver con el hecho de sentir deseo, afecto y/o atracción física por una persona. La identidad sexual y de género y la orientación sexual no son lo mismo, la primera responde a quién soy, la segunda a quién amo o deseo, de tal manera que una persona trans puede ser heterosexual, lesbiana, gay, bisexual o asexual, del mismo modo que pueden serlo quienes no son trans. Así, un hombre trans (hombre que ha nacido con vulva) que siente atracción por otro hombre se considera gay.

Hablamos de expresión de género para referirnos a la manifestación social de cada persona de su identidad a través del aspecto físico, apariencia, formas de expresarse, roles, lenguaje... Esta expresión se establece socialmente como femenina, masculina y/o neutra. La expresión de género nada tiene que ver con la identidad sentida, de tal manera que una mujer trans³ o cis puede tener una expresión de género masculina o neutra, y no por ello, ser menos mujer.

Es necesario comprender que en toda esta diversidad de vivencias y realidades no hay ninguna anormalidad y/o enfermedad. Las identidades y orientaciones sexuales no se prefieren, por tanto no se eligen, no se contagian o imitan, no se aprenden, simplemente se sienten, se viven.

La transexualidad es una muestra más de la diversidad, nunca un trastorno o desorden mental que lleva a una persona a sentirse siempre atrapada en un cuerpo equivocado. Considerarla como tal responde a un desconocimiento de la realidad y a una actitud absolutista y reduccionista con la que perpetuar la hegemonía social del binarismo de los hombres y mujeres cisnormativos⁴ de “cuerpos correctos”.

¹ Datos de Brújula Intersexual.

² Ver glosario de términos al final del artículo.

³ Persona que no se identifica ni siente como propio el sexo y género asignado en el momento de nacer en base a su genitalidad.
Persona que sí se identifica y siente como propio el sexo y género asignado en el momento de nacer en base a su genitalidad.

⁴ Personas cissexuales que responden a las normas de género impuestas socialmente.

Podemos entender la transexualidad como una situación en que se asigna o etiqueta erróneamente a un bebé atendiendo únicamente a su genitalidad, no habiéndole permitido expresar su verdadera identidad. Si admitimos que el sexo asignado no siempre nos sirve para identificarnos como niño o niña (las personas intersexuales-trans son un ejemplo de ello), ¿acaso una mujer trans no puede ser considerada una “mujer biológica” desde el nacimiento? Lo mismo para los hombres trans, personas que han nacido siendo hombres con vulva, pero hombres al fin y al cabo. La percepción de género, el género sentido, está producida por el cerebro que es parte de nuestra biología de la misma manera que los cromosomas, las gónadas o los genitales.

2 Vivencias iniciales

Los informes “oficiales” hablan de una prevalencia de 1 de cada 10.000, si bien los resultados de estudios más recientes arrojan una cifra de 1 de cada 1.000 (Horton, 2008). Al principio, no hay “disforia de género”, no hay rechazos o incongruencias, hablamos de niñxs que presentan una disconformidad interna con el sexo asignado y que desean ser reconocidxs⁵ con una identidad diferente. Solo más tarde empiezan a darse cuenta de que no están respondiendo a las expectativas que de ellxs tienen lxs demás. Esta identidad en formación de lxs niñxs trans suele transgredir las normas de género socialmente dominantes, con lo que estas actitudes extrañas a los ojos de lxs adultxs pueden ser visibles de manera muy temprana, cuestión en la que ponen el foco algunas familias y profesorado, sobre todo si hablamos de personas leídas como niños con comportamientos de género “femeninos”. Estos comportamientos de género no normativos que de manera muy natural muestran estxs niñxs a menudo van acompañados de resistencias y reacciones negativas del entorno. Lo que inevitablemente les llevará a un ajuste de sus comportamientos para tratar de encajar.

Las personas trans experimentan su identidad de diversas maneras y pueden llegar a tomar conciencia de que su identidad no coincide con la asignada al nacer, a cualquier edad. Algunas personas son conscientes de sus sentimientos desde que tienen memoria, aunque otra cosa es cuando se ven capaces o pueden expresarlo. Niñxs trans comunican lo que sienten de la forma en que saben con 3-4 años (“*mamá no soy un niño, soy una niña*”, “*¿cuándo me saldrá una colita?*”, “*¿por qué me llamas Juan si yo quiero llamarme Lola?* ...). No solo lo comunican con palabras, también pueden hacerlo a través de sus expresiones y roles de género (se travisten, juegan habitualmente con juguetes que socialmente se corresponden con “el otro sexo”, juegan y se relacionan sobre todo con personas de su mismo sexo sentido) puesto que es la forma en que les resulta más fácil ser creidxs o leídxs por su sexo sentido y no por el asignado. Otrxs, en cambio, luchan contra sentimientos de vergüenza, confusión, miedo y esconden lo que sienten.

Serán las diferentes respuestas de su familia y entorno lo que determine si seguirán mostrándose tal y como son, o no, reprimiendo y escondiendo su verdadera identidad, a veces, durante años.

La Academia Americana de Pediatría (APA) nos dice que: “alrededor del primer y segundo año de vida, los niños se hacen conscientes de las diferencias físicas entre niños y niñas; antes de su tercer cumpleaños ya se



@sharonmccutcheon

⁵ Utilizamos a “x” como forma de incluir a todo tipo de identidades.

etiquetan a sí mismos con facilidad como niño o como niña, pues a esta edad ya adquieren un fuerte concepto de su yo. A los 4 años la identidad de género de los niños es estable y saben que siempre serán un niño o una niña”.

Muchxs niñxs trans pueden tener sentimientos de “no encajar” con otras personas de su mismo sexo asignado, o tener deseos específicos de ser y vivir según su sexo sentido. Otrxs se dan cuenta de sus identidades trans o de que les pasa algo a lo que no saben poner nombre durante la adolescencia, o mucho más adelante en su trayecto vital. Aquellas personas que realizan la transición social⁶ más tarde posiblemente hayan luchado por adaptarse correctamente y comportarse según su sexo asignado, viviendo una doble vida, debido a las consecuencias que podría acarrear expresar su deseo de vivir con su verdadera identidad, creándoles una gran insatisfacción e infelicidad, con el sentimiento de haber tenido infancias y adolescencias perdidas, épocas que no querrían volver a vivir. Algunas de ellas pueden rechazar sus genitales y otras aman ser mujeres con pene y hombres con vulva. Incluso lxs habrá que no demanden tratamientos hormonales ni cirugías y que no necesiten nada más que ser reconocidxs socialmente como las personas que realmente son, fuera del circuito médico y de salud mental. Muchas personas trans se muestran y visibilizan orgullosas de ser trans y otras con un buen passing⁷, prefieren pasar desapercibidxs como personas cis. Por tanto, es obvio que la identidad sexual y de género es vivida y expresada de forma única e individualizada, por lo que no podemos abordar esta cuestión desde la homogeneidad o como un itinerario único que seguir, sino entendiendo que existen tantas vivencias y realidades como personas trans existen.

Lo que seguro que todxs ellxs van a necesitar es mucho respeto, aceptación, cariño y acompañamiento en su proceso vital, puesto que quizás tenga ciertas dificultades y complicaciones en su vida diaria. Después de haber acompañado y orientado a más de 270 menores, con o sin sus familias, desde ARELAS observamos que cuando se desconoce la realidad de la transexualidad infanto-juvenil (algo que sucede muy a menudo), a muchos de lxs menores a los que al nacer se les asignó un sexo y género equivocado en atención a sus genitales, se les niega la posibilidad de desarrollarse como ellxs necesitan y quieren, generándoles un gran sufrimiento al impedirles presentarse socialmente con su verdadera identidad y obligándoles a fingir ser otra persona.

La APA nos advierte de que “no sirve de nada obligar a los niños a actuar de un modo más acorde a su género biológico, porque cuando se les obliga a actuar de esa manera algunos caen en una depresión, en problemas de conducta o incluso llegan a tener pensamientos suicidas”.

⁶ Presentarse socialmente con la verdadera identidad, la sentida.

⁷ Cuando las personas que no conocen a una persona trans, la leen con su identidad sentida y no dudan de su género al verle. Suele asociarse el passing a adoptar vestimentas, hábitos y estereotipos asociados al género en cuestión.

Negar la verdadera identidad es una de las acciones más crueles y violentas que se puede ejercer sobre un/a niñx o adolescente trans.

El deseo de muchxs niñxs y adolescentes trans es vivir y presentarse socialmente de acuerdo a cómo se siente, por eso pueden tener la necesidad de adecuar su aspecto físico y su imagen social al género con el que se identifican. Pero debido a los prejuicios que pueden existir en su entorno más inmediato, algunxs de ellxs se enfrentan a situaciones/interacciones especialmente incómodas y violentas en sus ámbitos sociales, familiares, deportivos y educativos, lo que puede conllevar altos niveles de estrés y ansiedad, sobre todo cuando se encuentran en las etapas iniciales de la transición. Por ello, es fundamental el apoyo de la familia y profesionales que están a su alrededor, sobre todo los primeros días o semanas. Es en esos momentos en los que dan un paso tan importante en sus vidas, cuando más cariño y comprensión necesitan. Y aunque para las familias puede ser un paso difícil de afrontar, deben entender que para su hijx es aún más desconcertante y estresante y que, sin su apoyo, el camino será mucho más largo y dificultoso.

Desde nuestra experiencia, observamos que durante la infancia y antes de alcanzar la adolescencia, lxs niñxs trans suelen tener situaciones «menos problemáticas» que en la adolescencia, muy probablemente porque sus cuerpos son aún bastante neutros y la presión social por el aspecto físico es menor. Para cuando son adolescentes y empiezan a ver que su cuerpo va en la dirección contraria a lo que desean, surgen muchas alertas, miedos e inseguridades que harán que muestren inquietud de muchas maneras. Algunos de los cambios pueden ser de tipo conductual y/o emocional incluyendo la depresión, apatía, introversión, mostrar mal comportamiento fruto de la tristeza, frustración o enfado, que a veces llama la atención de sus familiares o profesorado y puede motivar la consulta con un profesional. Incluso pueden aparecer trastornos de la alimentación, que pueden estar enmascarando una disconformidad con la identidad de género asignada en el nacimiento.

Para muchxs adolescentes, este es el momento clave en el que son más conscientes de que les «pasa algo» desde hace mucho tiempo, aunque les es muy difícil poner nombre a lo que sienten por falta de información y referentes en los que verse reflejadxs. En el estudio “Adolescencias y sexualidades minoritarias, voces desde la exclusión” (Gallofré et al., 2007), se señala cómo en la adolescencia LGTBI se atraviesan estos procesos:

- 1) buscar un nombre a lo que sienten.
- 2) tener iniciativa para encontrar iguales.

- 3) aceptar la diferencia.
- 4) poder tomar decisiones de revelar (o no) tu identidad y orientación.

Sus autores afirman que estas fases, ni son consecutivas, ni afectan a todxs del mismo modo, pudiendo prolongarse este proceso durante la edad adulta y a lo largo de toda la vida.

Lo que sí sabemos con certeza, es que el rechazo y el acoso escolar, aparece inevitablemente en edades muy tempranas. Una investigación⁸ nos dice que los insultos tipo marimacho, marica, maricón, travelo,...comienzan alrededor de los 5-6 años para castigar a los niños “que hacen cosas de niñas” y a las niñas “que hacen cosas de niños”. Por tanto, no se castiga a lxs niñxs por ser gays, lesbianas, trans... Se castiga sobre todo que un niño tenga comportamientos de género femeninos, que tenga “pluma”, o que una niña tenga comportamientos de género masculinos, no tenga “pluma”. Sin duda, lo que más se castiga y pone en alerta al profesorado es que los que son percibidos como niños se comporten y hagan “cosas de niñas” -esta cuestión es motivo para que muchxs profesorxs, sobre todo de Educación Infantil y Primaria, llamen a ARELAS pidiendo asesoramiento ante la “preocupación” de tener una alumna trans-, cuestión que nos tiene que hacer reflexionar mucho, sobre si realmente estamos educando a lxs niñxs desde la coeducación, fuera de estereotipos de género.

Esta situación de rechazo y acoso escolar se suele ir incrementando en la Educación Primaria y alcanza su mayor impacto en la escuela secundaria, lo cual causa abandonos y fracasos escolares muy tempranos, con conductas de riesgo e incluso conductas autolesivas, con un riesgo manifiesto de suicidio de quien lo padece.

Aquellxs que creemos en una sociedad libre y respetuosa con la diversidad, ¿podemos consentir que estxs menores hayan de abandonar sus estudios por no encontrar en su escuela un espacio positivo en el que poder expresarse y desarrollarse libremente? ¿Acaso ellxs no merecen como todxs lxs niñxs y adolescentes, poder explotar toda su potencialidad y capacidades? Para cambiar la realidad de muchas personas trans, es imprescindible que ningunx de estxs adolescentes se vea en la obligación de abandonar su formación, para que el día de mañana puedan enfrentarse a las posibles situaciones de discriminación desde un empoderamiento personal e intelectual que les coloque en una situación de sujetos activos y autónomos, dueñxs de sus propias vidas.

¿Y las familias?

La reacción de las familias ante la realidad de tener en su casa un niñx/adolescente trans puede ser muy variada. Es indudable que tener un hijx transexual puede generar una gran cantidad de incertidumbres y ansiedades con respecto a su porvenir, miedo a acoger dentro de la familia una realidad nueva, miedo de lo que dirán los demás, pero sobre todo, miedo de tener que cambiar las expectativas que teníamos puestas sobre nuestrx hijx. Desde ARELAS conocemos muy bien la realidad de muchxs niñxs y adolescentes que al no cumplir con las expectativas de sus familias y entorno son obligadxs a no transitar, rechazadxs, amenazadxs y en el peor de los casos, maltratadxs físicamente y/o abandonadxs.

⁸ “Diversidad sexual y convivencia: una oportunidad educativa”, Mercedes Sánchez Sainz. Profesora del Dpto. de Didáctica y Organización Escolar de la Universidad Complutense de Madrid.

“Esta situación de rechazo y acoso escolar se suele ir incrementando en la Educación Primaria y alcanza su mayor impacto en la escuela secundaria”.

Los primeros intentos de lxs niñxs trans de comunicar que no son los niños o niñas que todxs creen, puede que sea tomada por lxs adultxs como una broma o llamada de atención, como una confusión transitoria, o simplemente parezca una fase que va a pasar. En el caso de lxs adolescentes esto se toma como una tontería, moda o elección temporal que responde a no saber lo que realmente es. En esta fase de adolescencia es posible que la sospecha esté más basada en su orientación sexual no heterosexual, en lugar de preguntarse por la identidad de género, que a menudo no se cuestiona o se ignora entendiendo que es un “problema difícil de abordar” que ha de esperar a resolverse con la mayoría de edad.

Pero esa mirada adulta condescendiente y muchas veces reprobadora y/o sancionadora ignora el gran esfuerzo personal y comunicativo de una persona muy joven, que lleva tiempo no entendiendo muy bien lo que le pasa (a veces años) y que no encuentra la respuesta y apoyo que necesita. Ignorando, además, que las diferentes respuestas de las personas de su entorno tienen un gran impacto en su autopercepción y pueden provocarles tanto aceptación como rechazo y vergüenza, lo que les llevaría a silenciar de nuevo todo lo que están sintiendo.

Esconder y reprimir su verdadera identidad tiene un coste muy alto. Debilita la autoestima y la personalidad de un/a niñx o adolescente en desarrollo. A veces de manera irreversible. Según un estudio realizado en 2010⁹, un 83% de los menores que no son apoyadxs, respetadxs y acompañadxs por sus familias piensan en el suicidio antes de los 20 años y un 41% expresan planes o han intentado suicidarse.

En cambio, es muy tranquilizador y esperanzador para las familias conocer los resultados de una investigación más reciente¹⁰ que se realizó con adolescentes trans a quienes se les respetó su identidad, se les acompañó desde las familias y escuelas en su tránsito social, y accedieron a tratamientos para bloquear la pubertad. Se observó que tanto los indicadores de calidad de vida y felicidad, como los niveles de ansiedad y preocupación por su imagen corporal, fueron similares o incluso mejores a los de la población no transexual de su misma edad. ¿Qué nos indican estas perspectivas tan diferentes? Que ser transexual no produce vergüenza, dolor ni sufrimiento, lo que produce dolor y sufrimiento es la falta de respeto, el abandono, el rechazo familiar, el acoso escolar y la discriminación social por ser como son. Porque lo que les empuja a la muerte, lo que mata, es la **transfobia**.

Algo que observamos muy a menudo es que cuanto más edad tiene la persona trans, más situación de desconcierto y rechazo suele existir desde la familia y entorno. En un principio se preguntan si han de corregir y reprimir estas actitudes, si será una fase que pasará y que por tanto han de ignorar no prestándole atención, o si han de entenderlo como algo propio de su desarrollo y exploración del yo. Muchas familias buscan desesperadamente a un profesional, normalmente del ámbito de la salud mental, tratando de encontrar en un primer momento el origen de esas manifestaciones, para más tarde, una vez se ha asumido o entendido la realidad, saber qué hacer para un mejor acompañamiento. De ahí, la gran importancia de que estas familias sean atendidas por profesionales bien formadxs e informadxs sobre diversidad sexual y de género, así como todas las realidades que se enmarcan dentro de estos conceptos. Por supuesto, bien formados sobre transexualidad infanto-juvenil desde una perspectiva transpositiva y no patologizadora, que sepan orientar y calmar los miedos e inseguridades iniciales.

Lxs niñxs y adolescentes trans necesitan que estxs profesionales, normalmente psicólogxs, expliquen a sus familias que no existen expresiones o comportamientos de género “normales”, o que una parte del cuerpo no va a definirte como persona, que la transexualidad es mucho más que disforia, tratamientos o cirugías, que han de preparar a su hijxs a enfrentarse a una sociedad a la que le cuesta admitir la existencia de cuerpos diversos, que muchas personas trans que han sido acompañadas, respetadas y queridas desde la infancia por su familia tienen vidas dignas y felices. Necesitan que estos profesionales transmitan que tener un hijx trans puede ser una oportunidad para deconstruirse y aprender de la diferencia. Que es entendible la necesidad de un tiempo para entender y acometer los reajustes necesarios, pero que ahora, más que nunca, lo importante es hacer sentir a su hijx que siempre podrá contar con ellxs, que no solo lx quieren y aceptan tal y como es, sino que lx acompañarán y ayudarán a enfrentarse a las posibles complicaciones que puedan surgir.

Cada vez más, aparecen este tipo de familias que optan por no juzgar a lxs niñxs y adolescentes y responden buscando estrategias para entender, apoyar y acompañar en el proceso. Después de un tiempo inicial de «shock», que varía en su duración e intensidad, las familias usan diferentes fórmulas de afrontamiento de la realidad. Algunas necesitan un tiempo de “duelo” para dejar ir a su antigux hijx y recibir al que llega, investigan y leen todo lo que pueden sobre el tema

⁹ Newton Massachusetts Education Development Center e National Center for Transgender Equality/National Gai & Lesbian Task Force.

¹⁰ Mental Health of Transgender Children Who Are Supported in Their Identities <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2016/02/24/peds.2015-3223> Adoita asociarse o passing a adoptar vestimentas, hábitos e estereotipos asociados ao xénero en cuestión.

implicándose mucho en su transición social, comunicando a todxs sus allegadxs como han de llamarlx y en qué género han de tratarlx. Cuando tienen problemas o no son respetadxs en sus escuelas, lxs matriculan en centros más transpositivos. Buscan apoyarse y reunirse con otras familias y sus hijxs en situaciones similares desde las asociaciones, e incluso, más tarde, ayudan y orientan a otras familias desde la experiencia.

Muchas familias y profesionales que buscan asesoramiento en ARELAS preguntan cuándo es el momento idóneo para acompañar y permitir los tránsitos sociales de estxs menores. Nuestra respuesta es que no existe una edad óptima o correcta para dar este paso, que puede haber menores que no soliciten nada hasta los 12-14 y otrxs que lo hagan con 5-6 años. Por supuesto, hay que atender o permitir hacer el tránsito cuando el/la menor lo demande o porque ya hay sufrimiento por tener que llevar una doble vida.

Es muy importante que el/la menor sienta que siempre será escuchadx y que cuando esté preparadx para dar el paso de iniciar la transición social, no se va a encontrar con una negativa por respuesta. Si no lo percibe así y entiende que no van a ser escuchadas ni atendidas sus necesidades, probablemente no exprese nada y sufra en silencio durante meses o años.

Las familias que hemos permitido a nuestrxs hijxs hacer un tránsito desde edades tempranas estamos viendo que estxs se desarrollan sin ningún problema añadido por el hecho de ser trans, y que evitarles años de sufrimiento por no poder vivir con su verdadera identidad, les permite crecer y desarrollarse de una manera más equilibrada y con sentimientos de bienestar y felicidad. Si hay un relato común entre las decenas de familias acompañadas desde ARELAS es el hecho de que la personalidad y el carácter de sus hijxs cambian drásticamente una vez que pueden expresar cómo se sienten y reciben el apoyo y acompañamiento necesario. Muchas coinciden en que antes del apoyo, sus hijxs eran retraídxs, tímidxs, irascibles e incluso solitarixs. Otras hablan de hiperactividad y déficit de atención. Una vez que pudieron mostrar su verdadera identidad y vivirla más libremente, se volvieron más abiertxs, sociables, comunicativxs y extrovertidxs, manifestando una alegría antes desconocida. Desaparecen miedos, preocupaciones, vergüenza y ansiedades.

El apoyo, aceptación y acompañamiento de las identidades trans suponen por tanto, un cambio emocional trascendental, no solo en estxs menores sino también entre los miembros de las familias, que mejora notablemente las relaciones y dinámicas familiares.

Una preocupación frecuente entre algunas familias reside en la incertidumbre de si la identidad de su hijx fuera a cambiar o “desistir” en un tiempo futuro. Una preocupación que sobreviene después de haber sido atendidxs por profesionales poco o nada formadxs, que se apoyan en discursos de otrxs colegas de profesión, que en muchos casos no han tratado a ningún menor trans y que se amparan en algunos estudios que hablan de “desistimientos” del 80% al llegar a la adolescencia. “Estudios” donde lxs autores ni siquiera tenían la formación ni conocimiento suficiente para distinguir “comportamientos de género no normativos” de transexualidad. Los falsos resultados de estas pseudoinvestigaciones¹¹ están basados en una absoluta falta de rigurosidad en los “criterios diagnósticos” y en la muestra escogida.

Si estos profesionales que aconsejan a las familias no apoyar a sus hijxs trans basándose en estos estudios con resultados totalmente falsos preguntasen a las asociaciones de familias existentes por toda la geografía



@deninlawley

¹¹ Léanse los artículos: <http://www.endocrinologiapediatrica.org/modules.php?name=articulos&idarticulo=412&idlangart=ES> y <http://somospeculiares.com/en-profundidad/reflexiona/transexualidad/>

española que albergan a más de 3.000 familias, les explicarían que desconocemos esa realidad, incluso algunas, como ARELAS, les podríamos informar que no conocemos ningún caso de niña o adolescente trans que “desistiera”.

La carencia de información veraz y transpositiva, fuera de mitos y estereotipos, a la que se enfrentan las personas trans y sus familias, contribuye no solo a aumentar los miedos y dudas, a la confusión de conceptos (homosexualidad, transexualidad, travestismo, comportamientos de género no normativos, etc.), sino, y lo que es peor, a considerar como factibles las terapias e intervenciones reparativas, con un desconocimiento de las terapias afirmativas, acompañadoras y reafirmantes. Tanto personas trans, como profesionales y muchas familias, señalan las frecuentes malas prácticas desde salud mental, psiquiatría y pediatría: profesionales que “advierten” ante lo que puede suceder si el/la menor se presenta socialmente como trans, que tratan de “revertir la conducta” de la persona, profesionales que tienen modelos de género muy rígidos y que las señalan negativamente por incumplir la cisnormatividad, que incluso culpabilizan a las familias, mayoritariamente a las madres, por la forma en que educan a sus hijxs de una manera demasiado “permissiva” o incluso “transexualizadora”.

Muchas de estas malas prácticas no se suelen denunciar por miedo a las consecuencias hacia el/la menor (por ejemplo, no conseguir el informe de disforia de género, lo que impedirá acceder a tratamientos médicos demandados o cambio legal de nombre y sexo). Otras se resuelve al interponer una reclamación, pedir un cambio de profesional o no volviendo más a la consulta.

Desde ARELAS, reclamamos conocimiento y rigurosidad en los discursos y atenciones de lxs diferentes profesionales que han de atender a menores trans. Menores que, como el resto, solo tendrán una infancia, solo una adolescencia. .

4 Paradigma actual en el tratamiento de la transexualidad infanto-xuvenil

El modelo actual en la forma de ver y tratar a las personas trans se puede resumir en estas ideas y acciones ampliamente extendidas:

- Un cuestionamiento generalizado de lo que sienten y expresan lxs niñxs/adolescentes trans. Lxs menores trans han de “demostrar” lo que son a través del cumplimiento de los criterios de diagnóstico estereotipados del DSM-5¹² (basados en gran medida por la elección de juegos, juguetes, compañerxs de juegos y expresiones de género atribuidos socialmente “al otro género”). Las

identidades no se pueden diagnosticar desde fuera en base a ningún criterio, solo pueden ser expresadas y manifestadas por la propia persona.

- Una mirada patologizante y biomédica de las identidades trans, que supone la necesidad de un proceso de diagnóstico y de descarte de “otra” patología mental que lxs pueda confundir, para poder ser reconocidxs como las personas que son (catalogan –o no– a la persona como transexual, permitiendo o bloqueando el acceso de tratamientos que puedan demandar). Para la obtención del diagnóstico y, por tanto, acceso a futuros tratamientos se evalúa a la persona en función al grado de adecuación a las normas de género (rasgos físicos y psicológicos que este modelo atribuye a los hombres y mujeres de forma estereotipada). Desde este modelo biomédico se da acceso a servicios únicamente a personas transexuales que encajan en el ideal de este paradigma (“de hombre a mujer” o al revés) y, por tanto, es un modelo excluyente que deja fuera a todas aquellas personas que no encajan en los parámetros que consideran “normales” (por ejemplo, personas no binarias que pueden sentir la necesidad de no hormonarse aunque sí de modificar su cuerpo, o a la inversa). Ninguna otra persona por ninguna otra circunstancia, ha de pasar por un proceso de diagnóstico de la identidad para lograr el acceso a derechos humanos.
- Tutelaje de sus vivencias desde un mirada cisnormativa. Cada cierto tiempo han de pasar por las consultas de salud mental para acreditar que siguen respondiendo a los criterios diagnósticos del DSM-5, es decir, en el caso de las niñas trans, que siguen siendo y comportándose “como una niña”; y los mismo para los niños trans, han de ser y comportarse de forma “masculina”. Todas las vivencias trans merecen ser vividas en libertad sin permiso ni tutelaje de nadie, entendiendo además que perfectamente una niña-adolescente trans puede ser mujer y tener expresiones y comportamientos de género masculinos. Igual que el resto de niñas-adolescentes cis que optan por esta opción (la diferencia es que estas últimas no son cuestionadas al tener una vulva).
- Entendimiento de la transexualidad como sinónimo de disforia de género. Una frase ampliamente utilizada hacia lxs trans es la de “una persona que vive atrapada en un cuerpo equivocado”, frase que tanto menores como personas adultas escuchan e interiorizan una y otra vez. Incluso son preguntadas muy a menudo de manera impune por los tratamientos médicos y cirugías a las que se sobreentiende han de acceder para ser hombre/mujeres. De tal manera, esta disforia de género que se da por hecho “padecen” todas las personas trans, no tiene en cuenta el impacto de la transfobia, la patologización y el rechazo social y familiar hacia su corporalidad diversa, que a menudo, son la fuente del malestar hacia ellxs mismxs y sus propios cuerpos.

¹² Manual Diagnóstico e Estadístico dos Trastornos Mentais versão número 5.

“El verdadero reto al que se enfrentan las personas trans, sobre todo lxs menores, es el de ser escuchadas, respetadas y entendidas como las protagonistas de sus vidas”.

- La casi obligatoriedad de un recorrido-itinerario único de atención a la transexualidad (salud mental-endocrinología- cirugías). Algunas personas trans que rechazan este recorrido tendrán enormes dificultades para cambiar legalmente el nombre y sexo en el Registro Civil.

Como se puede ver, en la actualidad existe un paradigma en el que existen unas relaciones de poder desde el ámbito médico y de salud mental, donde las personas trans y sus familias están sujetas a las decisiones que toman otras personas sobre sus vidas, desposeyéndolas de su papel de agentes activxs y autodeterminadxs, que pueden y deben tomar sus propias decisiones.

Por tanto, el verdadero reto al que se enfrentan las personas trans, sobre todo lxs menores, es el de ser escuchadas, respetadas y entendidas como las protagonistas de sus vidas, como seres proactivos y no pasivos.

Es necesario que lxs profesionales de la salud mental, que son tan necesarixs para acompañar y empoderar a lxs niñxs y adolescentes trans, dejen de poner su atención en la disforia del/la menor, y exploren y traten las consecuencias de vivir en una sociedad transfóbica que rechaza los cuerpos diversos y la diferencia en general. Han de comprender que se ha de apoyar y dar respuesta a las demandas de lxs niñxs y adolescentes trans en el presente, con sus necesidades y peticiones actuales, que ni son arbitrarias ni poco importantes, todo lo contrario. Porque una mala praxis profesional, una mala relación con la familia que toma decisiones apoyadas en estos profesionales, una infancia o adolescencia infeliz, son lo suficientemente importantes como para apreciar el valor que tiene el respeto y reconocimiento que necesitan todas las personas, aquí y ahora. Velando en todo momento por el interés superior del menor¹³, entendiéndolx como una persona autónoma que sabe y debe tomar decisiones sobre cómo poder vivirse desde su identidad sentida.

Cuando hablamos de velar por el interés superior de un/una menor trans, hablamos de facilitarle o llevar a cabo las siguientes acciones:

- **Reconocer su autodeterminación de género:** toda persona tiene derecho a expresar quién es y cómo vivir su identidad, también lxs menores trans. Ni las familias ni lxs profesionales pueden imponer una identidad y una forma de vida a un/una menor.
- **Acompañar y respetar desde sus casas:** facilitando pequeñas acciones que para ellxs pueden ser muy importantes como cambiar la ropa a su gusto, dirigirnos a ellxs por los nombres que eligen, tratarlxs por el género sentido, facilitarles ciertas modificaciones estéticas con las que se van a sentir más cómodas: un corte de pelo, ponerse pendientes, depilación, etc., pero trabajando la idea de que no necesitan “adornos” innecesarios para ser respetadxs e aceptadxs como las personas que son.
- **Acompañar en la escuela:** solicitando la puesta en marcha del Protocolo educativo gallego para garantizar la igualdad, la no discriminación y la libertad de identidad de género¹⁴.
- **Derecho a la rectificación del nombre y sexo registral:** en el Registro Civil de referencia. Todo el mundo tiene derecho a tener documentos identificativos donde aparezca su nombre y género sentido, lo contrario les obliga a mostrar públicamente que son trans, invadiendo así su intimidad y creándose situaciones incómodas de auténtica violencia para el/la menor y familia.

¹³ Véase los Art.2.2 , 2.3 y Art.11 de la Ley 26/2015 de modificación del sistema de protección a la infancia y adolescencia.

¹⁴ Documento realizado e impulsado desde ARELAS aprobado por la Consellería de Educación y Ordenación Universitaria en 2016 https://www.edu.xunta.gal/portal/sites/web/files/identidade_de_xenero_caderno_1.pdf

- **Facilitarle el acceso a tratamientos médicos que demande:** Bloqueadores puberales en desarrollo Tanner II¹⁵ o tratamientos hormonales feminizantes y masculinizantes en la edad necesaria (normalmente en Tanner IV).
- **No patologizar su identidad:** La transexualidad no es una enfermedad, por tanto no deben ser diagnosticadxs/ tratadxs/ tuteladxs por personal de salud mental para poder ser las personas que realmente son. Solo deberían hacer uso de estxs profesionales para tratar y/o acompañar las posibles situaciones de acoso, rechazo o discriminación, cuando la familia observe sufrimiento y ansiedad o cuando lxs menores trans demanden esta atención de forma voluntaria.
- **Búsqueda de asociaciones de familias de menores trans** para que pueda conocer, compartir y convivir con otras personas trans, lo que reforzará y empoderará enormemente al/la menor y su familia.

Es importante resaltar que en los últimos años, las familias hemos percibido una concienciación cada vez más creciente en lxs profesionales y una preocupación por el conocimiento y un mejor acompañamiento de esta realidad. Cada vez más profesionales son capaces de entender las experiencias y vivencias de estxs menores y sus familias, al tiempo que señalan que es un error «no hacer nada» o «esperar a que crezcan», ya que defienden que lxs menores necesitan apoyo y comprensión hoy. Entienden de la importancia de empoderar a las familias y sus hijxs, mostrándoles no solo las dificultades, sino también la realidad de muchas vivencias positivas que disfrutaban muchxs menores trans, evitando así que se sientan como víctimas o como personas a las que hay que preparar para un mundo muy hostil. Profesionales que desde la empatía acompañan a sus usuarixs entendiendo la transexualidad como una forma más de diversidad y no como un desorden mental que diagnosticar y tutelar. Profesionales que de manera coordinada trabajan con asociaciones, derivándonos a muchas familias para que puedan estar con otras familias con las que compartir miedos, vivencias y deseos de futuro.

En este sentido, son los poderes públicos a través de sus profesionales, los que tienen que asegurar el acceso a unas prácticas profesionales no discriminatorias, transpositivas, empoderadoras y que tengan por objetivo mejorar la vida de lxs menores trans. Pero son lxs trabajadorxs desde su responsabilidad y conciencia individual lxs que deben escoger el modelo a seguir en el tratamiento de sus usuarixs trans.



@apsprudente

5 El eterno debate de la patologización de las identidades trans

El debate sobre la necesidad de despatologizar la transexualidad tiene una gran importancia dentro del activismo trans, ya que muchxs defendemos que el hecho de que las personas trans tengan que depender de un diagnóstico y tutelaje psiquiátrico es la base para la transfobia, la discriminación y el estigma social.

La transexualidad está catalogada desde 1980 como un trastorno mental, la “disforia de género”, un término psiquiátrico que describe la situación por la cual las personas trans tienen un sufrimiento debido al sexo y al género asignados en el nacimiento y cómo se sienten con su propio cuerpo. El concepto de disforia de

¹⁵ La escala de Tanner es una valoración de la maduración sexual a través del desarrollo físico de niñxs, adolescentes y adultxs.

género fue planteado por Norman Fisk en 1973 y servía para denominar tanto la transexualidad como “otros” trastornos de la identidad de género. Según su criterio, la persona transexual mejoraría si comenzaba un tratamiento médico, que culminaba necesariamente con la cirugía genital. La medicina por tanto, debía tener un papel clave e intervenir para corregir este *error de la naturaleza*.

En 1980 se incluye en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-III), con el pretexto de garantizar así el acceso a la terapia hormonal y quirúrgica de las personas transexuales (dando por supuesto que toda persona transexual requeriría estos tratamientos). Este manual fue revisado en varias ocasiones y en su versión DSM-IV se deja de hablar de transexualidad para abordarlo como un “Trastorno de Identidad de Género”. En 2013 pasó a ser “Disforia de género” con la nueva versión del DSM-5. Este último diagnóstico se refiere a aquellas personas con «una marcada incongruencia entre la propia experiencia de género expresada y el género asignado». Este manual recibió y recibe grandes críticas desde el activismo y algunxs profesionales del ámbito psico-médico, ya que sigue considerando la transexualidad como un trastorno, a pesar de mencionar que persigue justamente lo contrario.

Lxs que vivimos, acompañamos y trabajamos con personas trans sabemos que disforia de género y transexualidad no son sinónimos, puesto que no todas las personas transexuales tienen disforia de género ni quien la tiene, la tiene en el mismo grado. Referirse así a las personas transexuales induce a error y no deja de ser una clasificación desafortunada y estigmatizante que vulnera los Derechos Humanos de estas personas. En este sentido, la Resolución del Consejo de Europa del 22 de abril de 2015, en su punto 3, considera una violación de los Derechos Fundamentales, entre otros, el diagnóstico de la transexualidad como enfermedad mental. El Comisario de Derechos Humanos del Consejo de Europa, Thomas Hammarberg, solicitó a la OMS la despatologización de la transexualidad, declarando que la “disforia de género” debe dejar de considerarse como enfermedad mental en Europa y los organismos internacionales de salud. Añade que “mantener este término en la categoría de trastorno mental, estigmatiza a las personas transexuales y restringe su libertad a la hora de escoger un eventual tratamiento hormonal”.

Durante la 72ª Asamblea Mundial de la Salud recientemente celebrada se ha acordado en la 11ª revisión de la CIE, que las identidades trans sean retiradas del capítulo de los “Trastornos Mentales y del Comportamiento” y que pasará a denominarse “Incongruencia de género”. Es necesario aclarar que el CIE-11 no entrará en vigor hasta el 1 de enero de 2022 y que llevará de 3 a 10 años la implantación de los cambios. Desde muchos ámbitos se ha querido mostrar esta noticia como la despatologización de las identidades trans desde un discurso triunfalista, desconociendo totalmente la lucha, el discurso y la defensa de colectivos de todo el mundo que demandan ir mucho más allá que un simple cambio de nombre o capítulo en el que incluirse dentro de una clasificación de enfermedades.

Cuando desde los colectivos trans se defiende la despatologización de las identidades trans, se persigue no solo la desaparición de la transexualidad de los manuales y clasificaciones internacionales de enfermedades, sino también el acceso a derechos humanos sin barreras legales y, en particular, en el acceso universal a la atención de salud sin diagnósticos ni tutelajes desde salud mental. Las personas trans, incluidas las menores, en los tratamientos médicos que puedan requerir deben ser reconocidxs como sujetos activos, con capacidad para decidir por sí mismxs. Se trata por tanto, de tomar la palabra para hablar de sus propias vidas y de cómo quieren vivirse, algo que hasta ahora habían hecho exclusivamente médicxs y profesionales de la salud mental. Desde ARELAS rechazamos los discursos médicos que requieren obligatoriamente de transformaciones corporales, test psicológicos y de vida real, cánones cissexistas y binarios de género, largos períodos de espera para ser atendidxs, dudosos trámites administrativos basados en protocolos inexistentes, la exclusión, la estigmatización y la segregación.

Porque con independencia de cualquier clasificación que asevere lo contrario, la identidad de género de una persona no implica, en sí misma, trastornos de la salud y no deben ser sometidas a tratamiento o atención médica y/o psicológica de forma obligada. Desde el empoderamiento y el propio discurso del colectivo trans y sus familias, hemos trasladado a los poderes públicos que las regulaciones y requerimientos patologizadores y reduccionistas de las personas trans han de considerarse contrarias a Derecho, y que exigimos ser protagonistas en la formulación de políticas y disposiciones jurídicas que no patologicen la diversidad de cuerpos y las identidades, y que, por tanto, sean reconocidas las múltiples identidades sexo-genéricas y personas que habitan al abrigo del término trans, haciendo realidad medidas contra la transfobia y la discriminación.

Por supuesto, cuando hablamos de despatologización, también pedimos que desaparezcan las antiguas “unidades de trastorno de género”, ahora llamadas “unidades de referencia”, que lejos de realizar una labor de asesoramiento experto y transpositivo, formación, investigación, estadística, elaboración de guías de buenas prácticas y de realización de cirugías especializadas, realizan una labor de concentración de pacientes para el diagnóstico y tutelaje de sus identidades trans, incumpliendo el principio de no discriminación y no segregación, al que aparece vinculado el principio de proximidad en la atención sanitaria del artículo 14 de la Constitución. Estos principios implican que las personas transexuales no pueden quedar excluidas del derecho a la libre elección de médico especialista que se reconoce a todxs lxs usuarixs del Sistema Sanitario Público. En consecuencia, la posible existencia de “unidades de referencia” ha de entenderse como una unidad cuyxs profesionales serán de uso facultativo y no obligatorio, en tanto que lo contrario supondría excluir a las personas trans del derecho a la atención de médico especialista más próxima.

En definitiva, el discurso y la lucha por la despatologización trans es un cambio

de paradigma en el que la transexualidad no sea una patología ni tampoco un problema, sino que sea entendida como un conjunto de trayectorias vitales posibles y heterogéneas. Se trata de pasar de un modelo biomédico a un modelo de derechos humanos¹⁶, en que lxs profesionales de la salud mental acompañen y asesoren y no prescriban las formas de entender y vivir la transexualidad.

6 Conclusiones

Desde ARELAS defendemos un modelo de buenas prácticas en la atención a la transexualidad infanto-juvenil basado en:

- Creer en la autonomía del/la menor trans como sujeto de derecho que sabe, puede y debe tomar decisiones y expresarse libremente (incluso mucho antes de los 16 años).
- La desproblematización de las identidades trans.
- Asesoramiento e información veraz, no estereotipada y libre de prejuicios.
- Principio de no discriminación y no segregación, al que aparece vinculado el principio de proximidad en la atención sanitaria.
- Disforia de género y transexualidad no son lo mismo.
- Despatologización de las identidades trans.
- No establecer itinerarios únicos y adecuados de atención.
- Acompañamiento transpositivo y empoderador.

Es necesario que tanto las familias como lxs profesionales de la salud mental muestren a niñxs y adolescentes trans, referentes diversxs y positivxs en lxs que puedan verse reflejadxs, que visibilicen las múltiples formas de ser y vivirse como hombres, mujeres o personas no binarias. Mostrarles realidades y vivencias positivas y de aceptación de personas trans, para que no se consideren un error de la naturaleza, o como víctimas atrapadas en cuerpos equivocados.

Lxs adultxs tenemos la responsabilidad de generar un cambio social que permita a cada niñx y adolescente ser diferente desde la alegría y el orgullo, fuera de los modelos dominantes de normalidad, capacidad, belleza, masculinidad y feminidad que constriñen y ahogan a la mayoría de lxs menores trans.

Liberémosles de patrones rígidos de cómo han de ser y presentarse al mundo para poder ejercer su derecho a SER. Acercémosles la transexualidad infanto-juvenil como un hecho extraordinario, una realidad que rompe con lo establecido, pero que enriquece enormemente la humanidad haciéndola mucho más interesante y diversa. Porque la verdadera libertad de ser, la autodeterminación de lxs menores trans solo será posible si reciben el respeto y acompañamiento suficiente para empoderarse y levantar la mirada sin miedo, orgullosxs de ser como son. Unámonos a esta pequeña revolución del género y no permitamos una sola infancia y adolescencia más perdida en el camino de la esperanza, no solo porque nos necesitan, sino porque seremos un poco más felices al formar parte de una sociedad más justa, más igualitaria, más libre.

Bienvenidxs a la Revolución Trans.

¹⁶ Desde ARELAS apostamos por un modelo como el que realiza el equipo catalán Trànsit, basado en un modelo biopsicosocial con visión inclusiva de la salud. Más información: <https://transformalasalut.wordpress.com/>

Glorario de términos

Andrógino: persona que tienen características o expresiones de género muy ambiguas y por las que a simple vista no se sabe si es mujer u hombre.

Cissexual: persona que sí se identifica y siente como propio el sexo y género asignado en el momento de nacer (en ocasiones se utiliza la abreviatura cis).

Género fluido: se entiende que una persona es de género fluido cuando no se identifica con una sola identidad de género, sino que circula entre varias.

Personas no binarias: también conocidas como genderqueer, nos referimos a personas cuyas identidades de género no encajan en los espectros de los géneros binarios (masculino y femenino) y que están fuera de la cisnormatividad, pudiendo manifestarse como un abanico de géneros alejados de los géneros binarios.

Queer: identidad sexual o de género que no corresponde a las ideas establecidas y binarias de sexualidad y género heterocisnormativas.

DUELO GESTACIONAL Y PERINATAL, UNA REALIDAD SILENCIADA

Eirene García Caro

PSICÓLOGA, PRÁCTICA PRIVADA. PRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN MATRIOSKAS DE APOYO AL DUELO GESTACIONAL Y PERINATAL.

✉ eirenegarciacar@gmail.com

RESUMEN: Por desgracia, perder un/a hijo/a durante la gestación, poco antes o después de nacer es una realidad que ocurre en España a una media de casi cinco familias por día. Eso significa que más de 2.000 familias al año pierden a uno o varios de sus miembros por esta causa con el agravante de que en el proceso de duelo gestacional o perinatal que se inicia, los factores psicológicos y hechos que lo pueden agravar o facilitar son una cuestión desconocida por la mayor parte de profesionales que atienden estos casos. Los padres y madres que se encuentran con las palabras “estás teniendo un aborto”, “no hay latido”, “tu hijo/a tiene un síndrome que es incompatible con la vida”, pueden no estar capacitados en esos momentos para reaccionar y somos los profesionales que los atendemos en ese primer momento quienes debemos ser su guía y apoyo. En este artículo hago un recorrido por todas estas cuestiones, para ayudar a los profesionales, de la psicología y de otros ámbitos, a entender lo que supone la pérdida gestacional y perinatal para las familias.

PALABRAS CLAVE: duelo, psicología, perinatal, agradecido, recuerdo.

ABSTRACT: Unfortunately, losing a child during pregnancy, shortly before or after birth, is a reality that occurs in Spain to an average of almost five families per day. This means that more than 2,000 families a year lose one or more of their members to this cause with the aggravating that the process of gestational or perinatal grief that begins, the psychological factors and facts that can aggravate or facilitate it are a matter of disadvantage by most professionals who attend these cases. Parents who encounter the words “you’re having an abortion,” “there’s non heartbeat,” “your child has a syndrome that’s incompatible with life” may not be able to react at the estate, and we are the professionals who care for them in that who should be your guide and support first. In this article I walk through all these issues, to help professionals, psychology and other fields, understand what gestational and perinatal loss means for families.

KEY WORDS: grief, psychology, perinatal, grateful, remembrance.

SUMARIO:

- 1 Introducción.
- 2 Pérdida perinatal y duelo.
- 3 Madres, padres y hermanos en duelo. Testimonios.
- 4 Importancia de la atención multidisciplinar en caso de duelo perinatal.
- 5 Abordaje psicoterapéutico: el camino del duelo perinatal desde la teoría y la experiencia.

PROCESO

Duele. Duele. Duele. Duelo. Enfadado. Tiempo. Acepto. Sano. Vuelo.
Irene G Punto

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Fernández-Alcántara, M.; Cruz-Quintana, F.; Pérez-Marfil, N.; e Robles-Ortega, H. Factores psicológicos implicados en el Duelo Perinatal. *Index Enferm* [online]. 2012, vol.21, n.º1-2, pp.48-52.

García Montes, J.M. (2019). Aplicación de ACT y Mindfulness a problemas perinatales. Curso Intervención psicológica perinatal desde una perspectiva contextual: embarazo, parto y posparto. Centro de Formación Continua. Universidad de Almería.

Jiménez Villalba, S. (2017). Propuesta para la Revisión y Redacción de un Nuevo Protocolo de Actuación ante la Muerte Gestacional y Neonatal en el Hospital Materno Infantil de Jerez de la Frontera.

López García de Madinabeitia, A. (2010). Duelo perinatal: un secreto dentro de un misterio. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2011; 31 (109), 53-70.

Odrizola, C. (1999). *Trabajando el duelo. Modelo práctico en 4 sesiones. Aplicación familiar y/o individual*. Asociación Española de Terapia Gestalt.

Payàs Pigarnau, A. (2011). *Las tareas del duelo. Psicoterapia desde un modelo integrativo relacional*. Paidós. Barcelona.

Payàs Pigarnau, A. (2014). *El mensaje de las lágrimas: Una guía para superar a muerte de un ser querido*. Paidós Divulgación. Barcelona.

REFERENCIAS WEB:

<https://www.facebook.com/Matrioskas>: Asociación de apoyo al duelo gestacional y perinatal

<https://www.umamanita.es>

1 Introducción

Nuestra sociedad vive de espaldas a la realidad de la muerte, de la finitud. La muerte en general, y la muerte perinatal en particular, constituyen una realidad silenciada.

Habitualmente, a los bebés que mueren durante la gestación se les denomina no nacidos, aunque la realidad es que todos estos bebés nacen, independientemente de la edad gestacional ya que hay contracciones uterinas y expulsivo. Lo único que diferencia a un bebé que nace sano del que no es la manera en la que viene al mundo: unos lo hacen con y otros sin la posibilidad de continuar con vida.

Esto hace que la sociedad no los tenga en cuenta, que no se registren ni se consideren miembros de la sociedad y por tanto de sus familias. Este hecho evidencia una realidad muy dura y es que, si no se registran ni figuran en ninguna parte, si no existen para la sociedad, tampoco lo deben hacer para sus progenitores. Pero la realidad es bien distinta. Sus progenitores lo han deseado, han imaginado y compartido todo el tiempo de vida intrauterina o extrauterina con él o ella y es una pérdida real y sentida, tan dolorosa y lícita como cuando alguien pierde un hijo o hija que ha nacido con vida.

En nuestra sociedad, el hecho de convertirse en padres y madres es una cuestión que ha ido evolucionando conforme lo ha hecho la sociedad y los avances tecnológicos en el campo de la medicina, específicamente en el de la Ginecología y Obstetricia (López García de Madinabeitia, 2010). Nuestra cultura sobre la maternidad, paternidad y todas las cuestiones referidas al periodo perinatal en sentido amplio han cambiado y con ello el hecho de cómo vive una pareja o familia la pérdida de su/s bebé/s en cualquier momento del embarazo.

Antiguamente, el hecho de que una mujer se quedase embarazada no se sabía normalmente hasta la segunda falta, perder un embarazo era considerado como algo “normal” y hasta en algunas ocasiones se recibía como una liberación. Hoy día, cuando una mujer se queda embarazada puede saberlo incluso antes de la primera falta, los embarazos deseados se planifican, con lo cual es en el deseo de convertirse en padres y madres donde comienza ese vínculo con el futuro bebé; el hecho de poder ver al bebé y escuchar su corazón en la ecografía hacen que el vínculo de amor entre progenitores y bebé se inicie antes de que tan siquiera pueda apreciarse visualmente que la mujer alberga en su vientre una vida.

Para que se inicie un proceso de duelo, la persona debe percibir que ha perdido algo o a alguien. Cuando ocurre una pérdida gestacional o perinatal la sociedad lo toma como algo “natural” o de menor importancia, y los padres y madres vivimos un duelo silenciado, no permitido.

¿Cómo puede ser para nosotros “normal” perder a nuestro bebé querido e imaginado? ¿Cómo “no va a pasar nada” cuando el vínculo con nuestros hijos se da incluso antes de que quedemos embarazados, desde que los tenemos en nuestro pensamiento?



Foto cedida por la autora

2 Pérdida perinatal y duelo

“El duelo es tan natural como llorar cuando te lastimas; dormir cuando estás cansado; comer cuando tienes hambre; estornudar cuando te pica la nariz. Es la manera en que la naturaleza sana un corazón roto”... “No permita que nadie le quite su duelo. Usted tiene derecho a sentirlo y debe experimentarlo. Si se rompiera una pierna, nadie le criticaría por usar muletas hasta que sane. Si pasara por una operación seria, nadie lo presionaría a participar en una maratón a la semana siguiente. El duelo es una herida profunda. No sana de la noche a la mañana. Debe esperar el tiempo necesario y andar con muletas hasta quedar sano”.

Doug Manning. «No me quites mi duelo»

El duelo es una manifestación natural, no patológica, que ocurre en respuesta a un acontecimiento que también es natural, como la pérdida. Recuerdo que mi abuela define la vida como “un duelo constante”. Durante toda nuestra vida pasamos por diferentes tipos de pérdidas: evolutivas, materiales, afectivas, corporales, espirituales, socioculturales y laborales. Dentro de esa manifestación entran la tristeza profunda, la desgana, el aturdimiento, el insomnio, el miedo, la añoranza, la poca capacidad para concentrarse en las cosas, soñar con la persona que hemos perdido, el aislamiento y un largo etcétera de reacciones emocionales, físicas, mentales y conductuales (Payàs, 2014).

En cuanto al duelo en general, se ha escrito e investigado mucho acerca de este tema. Las antiguas teorías hablaban del duelo como proceso donde la persona pasaba por una serie de fases bien definidas: negación, ira, pacto, depresión y aceptación (Elisabeth Kübler-Ross). Las nuevas teorías postulan que, en realidad, lo que ocurre es que estas fases se superponen. Es decir, un día te puedes levantar llena de tristeza profunda, depresiva y acostarte en aceptación sintiendo una inmensa paz o viceversa. Lo que quiero decir con esto es que hoy día se entiende que el duelo es un proceso único, que cada persona vive de manera diferente. Se sitúa a la persona como un agente activo del mismo, ya que el duelo es algo que la persona tiene que hacer, no algo que le pase (Neymeyer, 2000).

Centrándome en el tema que nos ocupa, vamos a entender la pérdida perinatal como un concepto amplio. Considerado así, López García de Madinabeitia (2010) habla de que en él entran el embarazo ectópico, aborto espontáneo o inducido, reducción selectiva (en caso de embarazo múltiple eliminar a uno o varios bebés para que el embarazo pueda desarrollarse con éxito) muerte de un gemelo en gestación, feto muerto intraútero o intraparto, muerte del prematuro o del neonato, y también a los bebés nacidos con anomalías congénitas y los hijos cedidos en adopción.

En este artículo nos vamos a centrar solo en los casos de pérdidas donde este concepto se traduce en muerte del bebé sea la semana de gestación que sea.

3 Madres, padres y hermanos en duelo. Testimonios.

Ser madre o padre es una cuestión que se inicia con un deseo. El deseo de dar vida. Para algunos de nosotros forma parte del sentido de nuestra vida, para otros es el sentido de su vida. En nuestra sociedad se considera que una persona es padre o madre cuando da a luz un hijo con vida. Para las personas a las que las circunstancias no se lo han podido permitir por las diversas cuestiones anteriormente planteadas, no es así. Sienten y padecen como padres y madres, pero tienen los brazos vacíos.

Antiguos estudios sobre el tiempo de gestación en el que ocurría la pérdida y la duración y grado de complicación del duelo concluían que cuanto antes se producía la pérdida, menor tiempo de duelo y menor complicación del mismo, pero estudios recientes arrojan resultados distintos. Parece que existen otras variables que influyen en ello como la intensidad del vínculo respecto al bebé, los sueños e ilusiones que se han creado los padres y madres, los procesos de anticipación respecto a la pérdida o la historia de reacciones ante una pérdida anterior (Fernández-Alcántara et al., 2012).

En cuanto al género, parece ser que el dolor es tan profundo tanto en padres como en madres, ya que como hemos mencionado antes, el vínculo afectivo empieza a estrecharse con la primera ecografía y la escucha del sonido del corazón del bebé. Es común que los hombres sean quienes “tiren del carro al principio”, lo que puede convertirse en algo positivo porque da sentido a su duelo, o puede ser fuente de conflicto ya que el estereotipo de hombre que tiene la sociedad frente a estas situaciones está asociado a la fortaleza. Además, se le suele negar su dolor, ya que se cree que la madre se lleva la peor parte y que él debe estar y ser el apoyo. Pueden tener falta de apoyo emocional y, por otro lado, suelen centrarse en el trabajo como vía de escape al contacto con la realidad de la pérdida (Fernández-Alcántara et al., 2012).

Respecto a los hermanos y hermanas mayores, es necesario destacar que pueden aparecer sentimientos encontrados, ya que pasar por la pérdida de un hijo puede provocar que los padres los desatiendan o que estos hagan comentarios y preguntas que a los padres y madres pueden resultarles dolorosas o difíciles de responder (Fernández-Alcántara et al., 2012).

La cuestión de la cantidad de dolor que debe producir la pérdida de un bebé es algo que nunca he cuestionado, tanto en consulta como cuando a algún amigo o conocido le ha ocurrido y me lo ha compartido. Me recuerdo embarazada de mi hija, cuando dos familias amigas, a las que aprecio, perdieron a sus bebés, una en la semana 12 y otra que había perdido a dos bebés en la semana 8. Ambas estaban destrozadas. Se sentían incomprendidas porque nadie legitimaba su dolor.

La normalidad de la pérdida en el primer trimestre de gestación les negaba el derecho a sentir dolor porque era algo “normal”. Pero para ellos no era algo normal porque era la primera o segunda vez que gestaban y lo perdían. Y en cuanto al dolor, me pregunto: ¿quién puede decidir o cuantificar la magnitud del dolor si no es la persona que lo está viviendo?

El dolor producido por la pérdida no es directamente proporcional al número de semanas de gestación en la que esta pérdida se produce. Legitimar su dolor es algo que debemos tener muy presente a la hora de atender a padres y madres que han pasado por ello.

Uno de los objetivos que me planteo escribiendo este artículo es visibilizar diferentes realidades en cuanto a la pérdida perinatal, visibilizar a las familias que, por desgracia, hemos pasado por ello. A continuación, os presento diferentes testimonios reales acerca de la pérdida y el duelo en diferentes momentos del embarazo incluyendo el mío para que, desde la realidad de la vivencia, podáis entender el sentido del abordaje terapéutico y la importancia y el peso de las acciones de los profesionales que atendemos a estas familias, en el proceso y en el tiempo de duelo que viene después.

“El dolor producido por la pérdida no es directamente proporcional al número de semanas de gestación en la que esta pérdida se produce”.

Muerte perinatal en el primer trimestre: “bebé”

“Mi primer embarazo terminó en aborto espontáneo a los dos meses de gestación. Nunca imaginé que la muerte de un bebé al que no llegas a conocer doliera tanto, ya que antes, no empatizaba con este tema. Fue muy duro ver cómo en el hospital me hicieron sentir abandonada sin tener en cuenta que “aquello” que mi cuerpo expulsó no era un feto, sino el bebé que esperábamos ver nacer. Fueron muchas horas sin ninguna explicación ni atención médica. Volví a casa con mucha rabia por el trato recibido y con el alma rota por el vacío que ahora gestaba en mi interior.

Una noche, antes de que todo ocurriera, soñé con mi bebé; respiraba con dificultad, a través de una bolsita que se llenaba y se vaciaba de aire, cada vez de forma más débil, hasta que el sueño terminó. Su rostro estaba sereno, no parecía sufrir y eso me tranquilizó mucho. Sin embargo, al despertar supe que nunca lo abrazaría. Me levanté para ir al baño y vi que había manchado. Poco después mis temores se cumplieron. Un día, mi marido me confesó que también vio morir en sueños a nuestro bebé, pero calló para no preocuparme. Aunque la tristeza más profunda estuvo presente durante meses, aquel sueño fue muy importante para transitar el duelo.

Me sentía mal porque mi embarazo se hubiera interrumpido, pero a la vez, me alegraba infinitamente por el mensaje que mi hijo me hizo llegar en sueños y por otro suceso más acontecido en el hospital: mi bebé me confirmó que “vida” es un término tan amplio como “consciencia”. Viví esa etapa con la tranquilidad de que mi pequeño estaba bien, aunque no fuese a mi lado y con el asombro de su capacidad para comunicarse con nosotros. Eso me hizo avanzar sin traumas. No dejaba de pensar que, si muchas mujeres y familias cuyos bebés fallecen tuvieran la posibilidad de conectar tan profundamente con esas pequeñas almas, tendrían una potente herramienta para lidiar con el dolor y poder avanzar. Porque al dolor por la pérdida, se añade la ignorancia de la sociedad. Los demás, ni han conocido al bebé, ni lo han sentido dentro y por lo tanto, para ellos, no existe. Pero afortunadamente, las cosas ya están cambiando y cada vez hay más hospitales implementado protocolos de atención, profesionales de la psicología especializándose en duelo gestacional y perinatal, así como asociaciones y mujeres que conocen este duelo y brindan su ayuda a quienes la necesitan.”

Mónica Rebollo. Lluvia de love.

Muerte perinatal en el segundo trimestre: “incompatibilidad con la vida”

Maternar la muerte: “María”

“Tenía 37 años cuando me quedé embarazada por primera vez. Me emocionó muy especialmente oír los latidos del diminuto corazón que el ecógrafo me señalaba en la pantalla, tanto que se me saltaron las lágrimas. Todo iba bien. Como cualquier otra primeriza tenía muchas ganas de saber si era niño o niña y empezar con los preparativos, decorar ya su habitación.

En una segunda ecografía me informan que es niña, pero... ha desarrollado (en apenas dos semanas) un teratoma sacrococcígeo, un tumor de pronóstico grave. En estado de shock consigo enterarme de qué va la cosa: si la niña sale adelante, tendrían que operarla de inmediato, le quedarían secuelas importantes y su vida conllevaría grandes dificultades. También me avisan de que, en estos casos, el aborto está permitido. Esa última frase me impacta de tal manera que desencadena una serie de preguntas de muy difícil resolución: ¿qué sentido tiene la vida? ¿para qué venimos al mundo? No hallo más que una respuesta: quiero a mi hija, quiero evitarle todo dolor y quiero que sea feliz.

Aun tumbada en la camilla, siento la mano de mi marido acariciarme mientras la voz del médico se aleja hasta hacerse inaudible. Me invade entonces una gran seguridad, ¡podemos! No vamos a negar a nuestra hija la oportunidad de ser feliz, de ser amada. Le decimos al médico que seguimos adelante.

Sin embargo, esa misma noche, dejé de decirle cositas mientras me acariciaba la barriga como solía hacer. Tenía miedo de encariñarme más de la cuenta y sufrir demasiado. A la mañana siguiente me di cuenta que intentaba huir y que, no solo era inútil, sino que me hacía desdichada. Mi hija María se merecía una mamá que lo diese todo por ella. El resto de noches elijo darle su dosis de ternura habitual. Todas las semanas veíamos, impotentes, el tumor crecer mientras el corazóncito de María empezaba a debilitarse. El médico respetaba mi decisión de seguir adelante, tan solo me advirtió de que el límite estaba en mi propia salud. De ser así, me dijo tendríamos que hablar.

No hizo falta. A la semana 21 + 5 me llega el parto. Le pedí a la matrona que tuviera suficientes calmantes preparados por si, al nacer, María agonizara. No quiero que sufra lo más mínimo. En la labor de parto, siento una necesidad imperiosa de chillar, pero una vez más me doy cuenta que puedo elegir, y le pregunté a la matrona si podía cantar, ella creyó que soy cantante lo que me hizo reír ya que lo hago fatal.

Al tenerla en brazos, ya fallecida, sentí mucha paz, miré a mi marido y pensé, hemos cumplido como padres, hemos acompañado a nuestra hija durante toda su vida, dándole todo nuestro cariño. Creo que tuvo una vida plena dentro de mí.

Gracias, María por hacerme mamá, por ensancharme el corazón, por enseñarme tanto en tan poco tiempo. Un año después soy consciente de que cada una de las decisiones tomadas me ha ayudado a asimilar lo irremediable, no vería a mi hija crecer, no la ayudaría a dar sus primeros pasitos. Repetiría sin dudar. Siempre serás mi niña bonita. Mamá te quiere.”

Elena Mateo. Coach de duelo gestacional y perinatal.

Interrupción legal del embarazo: “Noa”

“Primer embarazo, inocencia pura. Noa, una niña soñada. Desde la semana 12 se detectan problemas que se van siguiendo mediante pruebas en el hospital y se van descartando enfermedades por lo que, tras tanta incertidumbre y sufrimiento, empezamos a confiar en que Noa viene sana. Hasta que, en la semana 20, en una ecografía detectan que tiene una enfermedad muy rara basada en una malformación en su cerebro. El médico nos hace un dibujo de cómo es su cerebro y de todo lo que no se ha formado en él y, acto seguido, nos dice que tenemos una semana para poder interrumpir el embarazo legalmente. Nos indica que no busquemos información en internet y que nos citan en una semana para saber nuestra decisión. A pesar de que intentaba ser cariñoso y, de hecho, en otras ocasiones posteriores sí lo fue, en ese momento apenas aporta más información ni orientación. Cuando conseguimos reaccionar, le preguntamos que cómo sería su vida, que cuánto viviría y, por sus leves respuestas o más bien por la ausencia de ellas, entendemos que sería una vida totalmente vegetativa y de hospital, sin hablar, sin mirar, sin respirar... con intervenciones constantes que reducirían su esperanza de vida.

Ante tal confusión, consultamos a un amigo neurólogo y nos explica que el rango de severidad de la enfermedad es el más extremo. Mi hermano se dedicó a investigar por nosotros en internet y nos explicó, más o menos, el tipo de vida que tendría Noa. A nuestro alrededor, casi todo el mundo nos sugería, con mucha prudencia, que interrumpiéramos el embarazo, que eso no era vida ni para ella ni para nosotros. Y nosotros estuvimos una semana llorando a mares, sintiéndonos en la más terrible de las pesadillas y delirando a veces por el estado de shock. Una frase de mi compañero y padre de Noa pareció darme algo más de luz: “No podría vivir mirándola sin poder saber si se sentiría agradecida por haberle permitido vivir o llena de sufrimiento e implorándonos (sin poder expresarlo siquiera) que por qué le habíamos hecho eso”. Así que, con lo que consideramos el mayor acto de amor que podíamos darle y con la poca conciencia que podíamos tener en ese estado, decidimos dejarla ir.

Nos derivan a una clínica privada para interrumpir el embarazo, con sus manifestantes antiabortistas en la puerta que te miraban como echándote a los perros. Yo callaba y pensaba: “Ojalá no tuviera que estar haciendo esto”. Antes de ingresar, pido que donen a la ciencia el cuerpecito de Noa para que investiguen, ya

que se trata de una enfermedad tan extraña, pero no me hacen firmar nada e indican que ya hablaríamos de eso. Vivimos un parto de 30 horas de dolor en el que yo solo respiraba intentando aguantar las contracciones, la frialdad del personal (nadie preguntaba por Noa, ni por mí, nadie quería nombrar nada, solo medicalizar el proceso y que acabara cuanto antes) y, lo más terrible, ir sola al quirófano, donde me sentía como una vaca que iba al matadero, me abría de piernas, silencio por todos lados y otra vez a la cama a seguir esperando porque no se abría el cuello del útero. Tenía la vagina dolorida después de tantas exploraciones bruscas. Tras aguantar así horas y horas, pedí al ginecólogo que se pusiera un poco de gel en el guante para explorarme y, cuando finalmente lo hizo, vi el cielo abierto. Hasta que, finalmente, en quirófano, sin previo aviso, sin ninguna palabra ni gesto, sentí un tirón dentro de mi como de una cuerda que hace tope y, posteriormente, algo salir entre mis piernas. Fue la sensación más terrible de mi vida y siento que aún hoy, 5 años después, permanece en la memoria de mi cuerpo. Dar a luz a mi hija en absoluta oscuridad, sola, sin afecto, sin respeto, sin darle presencia ni a ella ni a mí. De repente alguien dice “vamos a dormirle” y lo último que recuerdo es al médico sacándome del quirófano andando y explicándome que se me había desgarrado el útero de forma muy extraña, que él nunca había visto algo así, que me había cosido como había podido pero que tenía que ir al hospital. Le pedí que explicara todo a mi familia porque, evidentemente, yo estaba con los efectos de la anestesia y no me enteraba de nada, de hecho, apenas podía caminar. Lo único que le pregunté es por su cuerpo y volví a insistirle en que lo donara a la ciencia, que sirviera para algo. Obtuve un silencio por respuesta y, desde luego, no me ofreció verla ni conservar nada de ella. Tras llegar a la habitación, insisto, “caminando”, solo quería descansar, pero todo el mundo estaba muy acelerado. Ahí me enteré de que el desgarró estaba muy cerca de la arteria junto al ano, y que mi vida corría serio peligro. Mandan una ambulancia en la que, sentada en un asiento, tambaleándome bruscamente de un lado a otro, temiendo por mi vida, me llevan al hospital.

Llegamos al hospital y, tras un rato de espera, me ponen en la planta donde las familias permanecen junto a sus bebés recién nacidos (se les escucha llorar en el silencio de la noche). Una enfermera entra en la habitación durante esa noche y me pregunta que cómo está mi hija, pensando, evidentemente, que estaba viva ya que, claramente, no había mirado mi historia. No supe qué responder. Mi raciocinio no podía creer que yo estuviera pasando por semejante pesadilla y me hubieran ubicado en esa habitación y una enfermera me hubiera preguntado por mi hija con la sonrisa que surge cuando se habla de los bebés vivos. Cuando llegué a casa, sentí fuertemente la herida de los brazos vacíos y el corazón ardiendo de dolor. Entonces supe que nunca volvería a ser la misma.

La experiencia en la clínica ha sido algo que me ha traumatizado siempre, aún hoy se me ponen los pelos de punta al recordarla. Ha afectado a mi sexualidad, a no concederme el derecho al placer, a sentirme culpable por tantas cosas, a llenar mi útero de oscuridad. Aquel ginecólogo me salvó la vida y también me la llenó de memorias dolorosas, por tanta frialdad, por no mostrar ningún tipo de empatía, por hacerme masticar el tabú de la situación, por no reconocer a mi hija, por no hablar de ella en 30 horas, por no ofrecerme verla ni tocarla ni conservar nada de ella. Respirar todo ello, unido a tanto miedo, provocó que hasta yo misma entrara en ese rechazo, algo que luego ha provocado mucha culpa, al igual que la decisión de interrumpir un embarazo soñado, sin apenas información, sin respuestas, sin orientación, en estado de shock. El trato del personal, tanto en la clínica como en el hospital, tan deshumanizado, tan silencioso, me provocó una de las heridas más grandes, la soledad, la falta de abrazo cuando te sientes frágil y vulnerable y me llevó a echarme la coraza para sobrevivir en mi silencio, sin pedir ayuda. Porque en esta experiencia, en la pérdida de mi hija Noa, todo fue soledad y silencio. Hasta que elegí un camino de luz y transformación, en el que ya me habito.”

Maribel Rodríguez. Psicóloga.



Foto cedida por
la autora

Muerte perinatal en el tercer trimestre: “Inés”

“El día 15 de octubre de 2018, día de la muerte perinatal y gestacional, me convertí en una de esas otras a las que le pasan las cosas. A las 18:00 horas me enteré de que el corazón de mi hija Inés, a la que le quedaban solo 10 días para nacer, había dejado de latir.

La última vez que sentí a Inés fue de madrugada. Me levanté por la mañana y no se movía. Pensé: «estará dormida. Ahora cuando desayune seguro que se activa. Además, tiene muy poco espacio». Desayuné, pero Inés no se movió, algo en mí me decía que no iba bien. Pero no quise hacerme caso. Volví a desayunar, pero tampoco se movió. Le dije a mi marido que me llevase al médico, porque sentía que algo no iba bien.

Me hicieron pasar. Me pusieron el doppler, pero la matrona no encontró latido. Me dijo que iba a llamar a la ginecóloga para que me hiciese una eco, que los aparatos a veces no captan el latido por la posición del bebé. La ginecóloga vino acompañada de dos médicos, me llevó a la eco y empezaron a llegar más sanitarios. Todos miraban la imagen del ecógrafo con cara de circunstancias. Recuerdo a una joven a la que se le saltaron las lágrimas. Fue entonces cuando lo supe y pregunté -¿Que no, no?- y la médica me hizo un gesto con la cabeza y me dijo: «No. No hay latido».

En ese momento pegué un salto de la camilla y los médicos no hacían más que decirme que estuviese tranquila (os recomiendo recordar no decirle a nadie nunca eso de “tranquila”, cuando ocurre una situación que es para no estarlo). Recuerdo que solo decía: «no me puede estar pasando esto a mí hoy. No puede ser.». Llamé a mi familia para organizarnos con mi hijo y que viniese mi marido al hospital. Después, solo podía pensar en la información de la Guía de Umamanita que había leído por la mañana y una historia viral sobre una orca cuya cría murió y la llevó en el lomo durante tres semanas. Me repetía una y otra vez que tenía que afrontar la situación, aunque pensase que me iba a volver loca.

Elegí el parto natural. Quería afrontar la muerte como lo hacen los animales. Gracias a la vida, apareció también Aroa, matrona que me acompañó y que está formada en duelo. Sentí que hablaba mi idioma, que me entendía y en todo momento me dio opción de lo que hacer y me recomendó lo que era mejor para mí y para el duelo. No os niego que mientras dilataba y paría mi mente no paraba de decir «seguro que ocurre un milagro y cuando salga, te la pongan encima y escuche tu corazón, se despertará». No pasó. Dar a luz a tu hija muerta es una paradoja de la vida, pero es una realidad que existe y ocurre y debemos estar preparadas para ello las familias y los profesionales que nos atienden.

El parto fue una experiencia para mí preciosa, pero sin la recompensa de la vida. A las 13:30 me la pusieron encima, estaba calentita. Aroa me ofreció tomarle huellas de manos y pies y que, si quería estar un rato con ella para despedirme,

despedirnos. A las 15:15 del día 16 de octubre estaba fría. Llamé a la matrona y se la llevé para siempre.

Pedí que por favor no me pusiesen en una habitación con bebés y lo intentaron, pero como estaban de obras, en ginecología había dos habitaciones con bebés y me pusieron justo en frente. Recuerdo una noche muy dura despertándome con los llantos. Me sumía en las lágrimas, la rabia y el enfado. Cansada y abatida decidí aceptar que esa era mi realidad y que, fuera, había otras realidades que afrontar. Afrontar la muerte de mi hija desde el primer momento me ha ayudado mucho en mi proceso de duelo.

Para mí, el hecho de sentirme comprendida, respetada, acogida y aceptada en mi dolor, y a pesar de él, me está ayudando muchísimo. El que empaticen conmigo y me digan «es horrible, pero el dolor se mitiga con el tiempo», «no sé qué decirte, solo que lo siento muchísimo», «cómo te sientes, cómo estas, aquí estoy». También lo está haciendo mi profesión y sobre todo el altruismo, que como dice Boris Cyrulnik «es un mecanismo de legítima defensa para combatir el dolor.»

Eirene García. Psicóloga.

Muerte neonatal: “Sophie”

“Todo comenzó el pasado 27 de diciembre con la pérdida de mi hija Sophie. Ella nació el 23 de diciembre, con una encefalopatía hipóxico isquémica. Desgraciadamente no había ninguna esperanza. Pudimos estar con ella 5 días, los mejores y los peores de nuestras vidas, pues sabíamos que todos nuestros sueños, ilusiones, una vida juntos y lo mejor que habíamos creado se marcharía injustamente.

Ella nos ha enseñado muchas cosas, a apreciar la vida, a ser mejores personas y a ser más generosos. Antes de irse fue muy valiente y donó su corazón a otro bebé que lo necesitaba.

El camino del duelo es largo y doloroso. Desde el principio he aceptado la muerte de mi hija, sé que es una realidad y no va a volver. Pero muchas veces he sentido la ira y la negación y, sí, me he caído y he tocado fondo, pero una y otra vez intento levantarme y al final lo consigo con ayuda, porque en este camino tú eliges y puedes elegir no estar solo.

Sentir cerca a mi marido, familia y amigos, poder hablar con ellos con naturalidad cuantas veces sea necesario, es muy importante, porque a mí, hablarlo me ayuda. Soy afortunada de tener a personas en las que apoyarme. Desde aquí les doy las gracias otra vez. Por estar siempre a nuestro lado. Pero decirnos que también he acariciado la otra cara, amigos que se han alejado, personas de las que esperabas un lo siento, con eso bastaba, no han estado ahí. Y me da pena.

Yo sé que es difícil saber qué decir a alguien que ha pasado por lo peor que le puede pasar a alguien como es perder a un hijo. Solo decir que no hay palabras

que curen un alma rota, pero que con un lo siento, un abrazo o simplemente acompañar y escuchar, con eso, es suficiente.

Gracias a mi hija, han aparecido en mi vida personas maravillosas, madres como yo, que han perdido a sus hijos, y de las que estoy aprendiendo muchísimo. En especial a una de ellas, que cuando lea esto sabrá quién es, ella me enseña a transformar el dolor en amor. El amor que mi hija Sophie ha dejado en nosotros. Gracias compañera y ahora amiga por aparecer en mi vida cuando más lo necesitaba.

Para ti, cariño, papá y mamá te quieren para siempre. Eres lo mejor de nuestras vidas, pequeña Sophie.”

Marta Masedo. Enfermera.

4 Importancia de la atención multidisciplinar en caso de duelo perinatal

Los estudios realizados en relación a la atención en caso de muerte perinatal arrojan que el abordaje de la situación desde una perspectiva multidisciplinar es importante (Fernández-Alcántara et al., 2012).

Las actuaciones que realicen con la familia los integrantes del equipo de sanitarios, o el médico que está ante el ecógrafo y ve que algo no va bien, desde que aquella entra por la puerta de urgencias hasta que se va a casa, o durante el seguimiento posterior, son factores que van a facilitar o complicar el duelo por el bebé perdido. Por ello es menester que el personal sanitario esté informado y formado acerca de cómo actuar en estos casos, qué opciones hay y que sea consciente de la enorme responsabilidad que tienen y las consecuencias de sus actuaciones.

Cuando a los padres y madres se les comunica la noticia de que su hijo/a no tiene latido o viene con algún problema, estos reciben una información que no creen que puedan estar oyendo. Su cerebro entra en “modo peligro” y puede aparecer como respuesta: la huida, la agresividad o que entren en estado de shock. A veces hay una mezcla de todas. Luego, quedan en estado de shock. El cerebro se desconecta, no es capaz de procesar la información de que su hijo/a ha muerto, que tendrán que enterrarlo o que tendrán que decidir entre una vida llena de sufrimiento por los problemas que trae el bebé o interrumpir la vida del bebé que tanto deseaban.

Dos de las cosas más importantes que debemos tener en cuenta son las palabras tiempo y opción. Como he dicho anteriormente, la mayoría de los padres y madres entran en estado de shock y esto no les permite tomar decisiones con lucidez. Es por ello que somos los profesionales que los atendemos quienes debemos darles opciones, información y tiempo para que ellos puedan decidir, siempre

que sea posible, aspectos como un parto inducido o cesárea; donar o no la leche materna; ver o no ver al bebé; crear recuerdos para la caja del recuerdo (tomar fotos, huellas, mechón de pelo, pinza del cordón); asear, vestir y acunar a su bebé; despedirse; qué hacer con el cuerpo del bebé independientemente de la semana de gestación en la que esté, tal y como dicta el Tribunal Constitucional en su Sentencia del 1 de febrero de 2016, dictada en el recurso de amparo nº 533/2014.

A continuación, se describen recomendaciones de actuación para profesionales que pueden ayudar a facilitar el proceso de duelo en los padres y madres (Payàs, 2011):

1. Humanización y respeto hacia las personas.
2. Preséntese, diciendo su nombre y qué cargo ocupa y dé información de lo que va a ocurrir o está ocurriendo.
3. Decir la verdad del diagnóstico, si creen que puede que algo no vaya bien, y no echar la culpa a que el bebé está en tal o cual posición o que hay fallos en los aparatos.
4. Dar información, orientación y asesoramiento sobre opciones durante todo el proceso.
5. Comunicar la noticia en un sitio donde haya intimidad y dejar que los progenitores estén acompañados por su familia si así lo desean.
6. Preguntar los nombres de los progenitores y del bebé o bebés. Llamarlos por su nombre.
7. Que exista una habitación de despedida del bebé, aislada del espacio donde están las mamás con sus bebés sanos y vivos. Si no es posible, pongan un distintivo en la puerta para que el personal lo sepa, por ejemplo, una mariposa o una estrella, y procuren que la familia esté sola en la habitación y lo más alejada posible de las habitaciones de familias con sus bebés sanos y vivos.
8. Decir frases como “lo siento mucho”, “no hay palabras”, “no puedo imaginar el dolor tan grande que pueden estar sintiendo”. Si no se sabe qué decir, a veces el silencio es la mejor opción para acompañar.
9. Dejar expresar los sentimientos que produce la pérdida de un bebé sano o el fallecimiento de un bebé.
10. Siempre que sea posible hablar de un plan de parto y de cuidado de la mamá y del bebé con la familia en caso de muerte perinatal.
11. Dar la opción de tratar al bebé como se hace cuando el bebé nace vivo. Poder ponérselo encima nada más nacer, tocarlo, besarlo, asearlo, hacerle fotos, coger huellas, mechón de pelo, árbol de la vida (impresión de placenta en papel secante) para después hacer la caja del recuerdo.
12. Si en el momento del parto deciden no verlo, ofrecerle la posibilidad más tarde. Preparar a la familia si decide ver al bebé, hablar de cómo es su aspecto y presentarlo vestido y aseado.
13. Dar la opción de pasar tiempo con él/ella y que toda la familia pueda despedirse sin prisas.

14. Dar la opción de donar la leche materna, de acabar con la lactogénesis con medicación o asesorar sobre cómo hacerlo de forma natural.
15. En la medida de lo posible, agilizar los trámites de pruebas, autopsia, etc.
16. Validar todos los sentimientos de tristeza, rabia y dolor.
17. Proporcionar apoyo psicológico especializado durante la estancia en el hospital y cuando la familia se vaya a casa. Hagan un seguimiento durante un tiempo. Informen sobre los recursos disponibles sobre el duelo perinatal en su localidad o provincia.
18. Tener en cuenta a la pareja en el proceso. Validen su dolor y sus sentimientos. Ellos/as también han perdido un hijo.
19. Dejar que las familias estén acompañadas por quienes ellos quieran.
20. En el caso de que sea un embarazo gemelar o múltiple y solo uno de ellos haya nacido con vida, pongan en sus cunitas un distintivo, como una mariposa, que haga saber que su hermano/a murió. Eso evitará comentarios dolorosos por parte de los profesionales que no sepan lo sucedido.
21. Informen acerca de las posibilidades de disponer del cuerpo de bebé para incinerarlo, enterrarlo o donarlo a la ciencia, sea la semana de gestación que sea y de la posibilidad de hacer autopsia.
22. Formar al personal sanitario (médicos, matronas/es, enfermeros/as, celadores/as, auxiliares) sobre atención en caso de duelo perinatal.
23. Trabajar por que en su centro hospitalario haya un protocolo de atención en caso de duelo perinatal.
24. El autocuidado y el apoyo psicológico del profesional es muy importante.
25. Hacer grupos de ayuda mutua de profesionales que atienden situaciones de vulnerabilidad.
26. Hacer grupos de ayuda mutua de familias que pasan por situaciones de duelo perinatal.

5 | Abordaje psicoterapéutico: el camino del duelo perinatal desde la teoría y la experiencia

Aunque históricamente las teorías sobre el duelo han planteado modelos para explicarlo basados en una secuencia lineal de fases, más que describir la realidad responden a la necesidad de dar un empaque común para la comunidad científica y poner nombre a los estados que acontecen durante este proceso. Lo cierto es que, en la experiencia, el duelo no es un proceso lineal, sino que a veces estas tareas se solapan entre sí debido a que están muy relacionadas y, por otro lado, existen factores de naturaleza epigenética relacionados con variables intrapsíquicas, interpersonales o circunstanciales que determinarán en gran medida su evolución y final (Payàs, 2011). En el caso del duelo perinatal los factores de riesgo que se han definido y que pueden complicar el proceso, son el de padecer algún trastorno psiquiátrico anterior, la depresión posparto, los abortos de repetición, la falta de apoyo social y familiar, tener estilos de afrontamiento no adaptativos y otros problemas vitales (Fernández-Alcántara et al., 2012).

Cabe destacar que el duelo por muerte perinatal tiene unas características propias y únicas, debido a que, cuando el bebé fallece, con él mueren también los sueños y expectativas de los padres y madres, toda una vida imaginada que se han construido junto a ese bebé que desaparece de un plumazo. También cabe destacar el impacto que este suceso tiene sobre diversos aspectos de la vida de la familia: emocional, social, pareja o vínculos sociales inmediatos (Fernández-Alcántara et al., 2012).



Foto cedida por Sara Ibarz Novials, "Peach and apricot"

Cuadro 1. Efectos psicológicos en progenitores

MADRES	PADRES
Shock, estrés y gran dolor (más acusado). Tristeza, irritabilidad, culpabilidad, síntomas somáticos, ansiedad ante la muerte, depresión, culpa y preocupación en los siguientes embarazos. Gran angustia y ansiedad en embarazo posterior a la pérdida.	Shock, estrés y gran dolor. Rabia, vacío, indefensión y soledad. Gran angustia y ansiedad en embarazo posterior a la pérdida.

Fuente: Fernández-Alcántara et al., 2012

Según Carlos Odriozola, la pérdida perinatal puede encuadrarse como una de las que más dificultad presenta para ser resuelta ya que se trata de una pérdida repentina y no deseada, como el aborto espontáneo o involuntario o la muerte súbita intrauterina. Esta pérdida se vive como una manifestación cruel de la vida. Odriozola postula que no todas las pérdidas afectan por igual y el grado de afeción que nos va a producir la pérdida depende del historial de pérdidas de la persona, de cómo esa persona las haya afrontado y de la forma en que ocurren dichas pérdidas (repentina o esperada, deseada o no) y la culpa por acción u omisión que provocan (Odriozola, 1999).

A continuación describiré distintas posibilidades de abordaje psicoterapéutico (no las únicas). Cada proceso de duelo es único y es importante valorar previamente la libertad de la persona en su vivencia emocional a la hora de escoger la mejor intervención. En este apartado me centraré en abordajes de tipo más activo.

5.1. Abordaje psicoterapéutico del duelo perinatal: el proceso M.A.R. (Movimiento hacia el Agradecido Recuerdo)

Culturalmente, el duelo en nuestra sociedad se conceptualiza como lo hacían nuestras abuelas y bisabuelas: dolor y luto de por vida, y más si es por un hijo/a. Llevamos esta impronta en el tuétano de los huesos. Por mi experiencia propia y por la que me llega en los grupos de apoyo mutuo a los que pertenezco y en los casos que asisten a mi consulta, la mayoría de los padres y madres que perdemos un hijo tenemos la idea de que, si dejamos de sentir dolor y volvemos a vivir, nos olvidaremos de él/ella.

El problema de quedarse unidos por ese dolor a nuestros hijos es que hemos de pagar un precio demasiado alto que es la incapacidad de disfrutar de cualquier cosa de por vida, es decir, lo que comúnmente se llama “morir en vida”.

Gracias a la vida existe otra alternativa. Desde el momento que perdí a Inés tenía claro que gran parte de la cura de mi alma rota residía por un lado en no convertir el duelo en el centro de mi vida, sino en parte de ella y por otro ocuparme de transformar el dolor en amor.

“Imagina una taza de té en la que ponemos tres partes de agua y una de aceite. Si tuvieses que contestar a la pregunta de qué contiene la taza a simple vista, dirías que está llena de aceite, ya que el aceite es más denso que el agua y se queda en la superficie.

Algo parecido ocurre con el miedo y el amor cuando perdemos a un ser querido. El miedo (aceite) a olvidarlo si soltamos el dolor es lo que más se hace notar en principio, lo empaña todo y eso hace que no podamos ver el amor (agua) que nos une a nuestro ser querido.”

Carlos Odriozola, “Metáfora del agua y el aceite”

Precisamente en esta segunda parte entra en juego el proceso M.A.R. (Movimiento hacia el Agradecido Recuerdo). Se trata de un diseño integrativo cuyo objetivo es ayudar al doliente/s a elaborar el duelo por la pérdida de su ser querido, en este caso el fallecimiento de un hijo/a. Un duelo está resuelto cuando lo que prevalece es el recuerdo agradecido (Odriozola, 1999).

Carlos Odriozola plantea el agradecido recuerdo como indicador de una elaboración sana del duelo. Cualquier otro sentimiento diferente como la prevalencia de la rabia, la desgana, rencor o culpa, indica que hay un “atasco” en el proceso. Este atasco, normalmente, se debe a la existencia de culpa. Cabe destacar aquí que el fenómeno de la culpa es algo intrasubjetivo. Esto quiere decir que está relacionado con la persona, es algo muy íntimo. Significa que, aunque desde fuera le digan que no la tiene y le den argumentos para ello, la persona va a seguir sintiéndose culpable, porque en su fuero interno ella vive que es así.

Existen seis tareas en el proceso de duelo que los padres/madres deben abordar y realizar:

- 1. Aceptación de la pérdida:** necesidad de contactar con la realidad de la pérdida, con la ausencia. Salir del estado de shock e incredulidad en el que los progenitores entramos al escuchar las palabras “no hay latido” o “es incompatible con la vida”. Nuestro bebé ha muerto y es un hecho que ha ocurrido y que es irreversible.

2. **Conexión con la tristeza profunda, el dolor y la rabia** que produce la pérdida del bebé. Este tipo de sentimientos es inherente a la frustración e impotencia que provoca aceptar que la pérdida del bebé ha tenido lugar.
3. **Identificación y saneamiento de situaciones de culpa:** culpa por acción u omisión propia o de los demás. Cuando la culpa se trabaja a la luz de la comprensión, el amor y el perdón se transforma en agradecimiento.
4. **Despedida Agradecida:** consiste en ver el amor, en dar valor al tiempo compartido, a los sentimientos de felicidad e ilusión que se gestaron, a las sensaciones que vivimos. Se da cuando logramos ver y mirar la pérdida con perspectiva.
5. **Cuando logramos quitar el aceite podemos ver el agua,** tenemos la opción de darnos cuenta de que, aunque la pérdida conlleva dolor, no es lo único que existe, sino que también hay amor, mucho amor por el tiempo compartido con ese bebé que ya no está, por el amor que dejó en nosotros/as, por la ola de amor y cariño que despierta en los demás, porque nos hace entender lo que importa en la vida y apreciarla de otra manera.
6. **Reutilización de la pérdida en beneficio de los demás:** en nuestro caso, ayudar a otras familias que han pasado por la misma situación participando o creando asociaciones, grupos de ayuda mutua, haciendo campañas de prevención de la muerte perinatal, educación y concienciación acerca de la muerte perinatal a nivel social, colaborando con los hospitales en la elaboración de protocolos de atención a casos de muerte perinatal, etc.

“En vez de brazos que suspiran por acunarte de nuevo, me has dado brazos para acercarme a otros padres que han perdido a su hijo. En vez de oídos que añoran escuchar una vez más -te quiero papi-, me has dado oídos para escuchar a otros que tienen el corazón roto. Por eso, hoy, ángel mío, te doy las gracias”.

Fragmento extraído de “Las tareas del duelo” de Alba Payàs.

Para realizar todas estas tareas en el proceso se utilizan recursos como: el genograma, para la toma de conciencia de la pérdida por parte de la/s persona/s; cartas a corazón abierto para profundizar y tomar contacto con los sentimientos que despierta la pérdida, la culpa y también el agradecimiento; técnica de silla vacía o rituales para acabar con la culpa y quedarse con el sentimiento del agradecido recuerdo, como leer durante 40 días la carta de agradecimiento y despedida.

5.2. Abordaje psicoterapéutico del duelo perinatal desde la perspectiva de la terapia de aceptación y compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) postula que los problemas psicológicos aparecen por la evitación de sucesos privados (emociones, pensamientos, recuerdos, y otras conductas no observables públicamente) y esta evitación hace que la persona pierda el contacto con lo que valora en su vida, empleando su tiempo en luchar para no sentir o pensar. En el caso del duelo perinatal esto se observa sobre todo en personas que utilizan la negación de la existencia de sus hijos/as como forma de resolución del dolor de la pérdida. Siguen la premisa

“Los problemas psicológicos aparecen por la evitación de sucesos privados (emociones, pensamientos, recuerdos y otras conductas no observables públicamente) y esta evitación hace que la persona pierda el contacto con lo que valora”.

mental de que, si niegan su existencia, evitarán el dolor. Hay otras veces que lo que encontramos en consulta son padres y madres que se culpan o echan la culpa a otros o a la vida y se quedan atascados ahí, en la rumiación de la situación con preguntas como: ¿por qué a mí?, ¿qué hemos hecho mal?

Los objetivos de ACT en estos casos son: primero, que los progenitores acepten la pérdida como real para que puedan entrar en el proceso de duelo atreviéndose a sentir y pensar todo lo que acontece que es lo que han tratado de evitar y, segundo, dar sentido a esa pérdida y ese dolor, sintiéndolo y conectándolo con el valor que su hijo/a ha tenido para ellos, para su vida.

ACT se estructura para aplicarla en 6 fases con un orden lógico y se utilizan principalmente tres tipos de técnicas: paradojas, metáforas y ejercicios experienciales. Cabe destacar que debe ser flexible y adaptarse al cliente en consulta. No obstante, siguiendo el orden lógico:

1. **“Desesperanza creativa”**: el objetivo es que el cliente haga contacto con que la experiencia y el fruto de las soluciones que hasta ese momento ha planteado ha sido infructuoso, no le ha servido. En los ejemplos citados, como negar la existencia de su hijo/a para así evitar el dolor o entrar en la rumiación de preguntas que no tienen respuesta o el círculo de la culpa, el objetivo sería que se dé cuenta de que intentar no sentir o pensar en su bebé lo único que le acarrea es ansiedad y frustración porque, por mucho que lo intente, evitar el recuerdo de esa experiencia y los sentimientos de dolor y tristeza no le va a servir, porque acontecerán aunque la persona intente apartarlos. En el caso de la rumiación de los porqués sin respuesta y la culpa, que se dé cuenta de que esa rumiación de preguntas y culpa solo está aumentando su sufrimiento y dificultando su proceso de sanación. En definitiva, se trata de que tome conciencia de que las estrategias de afrontamiento que está utilizando no le sirven.
2. **“El problema es el control”**: hacer consciente al cliente de que intentar controlar los sentimientos y pensamientos no funciona. Es más, lo empeora. Pasa por valorar que, quizá, la solución es estar abierto a sentir y pensar lo que acontece.
3. **“Defusión”**: hay diferencia entre creer un pensamiento, luchar contra él, notarlo o aceptarlo. Esta fase trata de aportar al cliente técnicas para tomar distancia de lo que pensamos o sentimos. Un padre o madre puede pensar que “ya no merece volver a disfrutar después de la pérdida de un hijo”, pero, ¿es eso así realmente?, ¿únicamente tiene valor la pérdida del hijo/a?, ¿qué pasa con el resto de la familia, la pareja y las cosas que le gustan?
4. **Crear “un sentido trascendental del yo”**: el objetivo es que la persona deje de identificarse con cómo se supone que debería sentirse o ser. En estos casos

surgen pensamientos como: “soy un mal padre/madre porque si he perdido a mi hijo/a debería de sentirme peor de lo que me siento”, “si fuese buen madre/padre no debería reírme o poder disfrutar de una película o tener relaciones sexuales placenteras de nuevo”. Se trata de que la persona deje de identificarse con esas afirmaciones y entienda que él o ella no es mal padre/madre porque haga o no, o sienta o no tal o cual cosa, que lo que le convierte en buen padre o madre es el amor que siente por su hijo/a.

5. **“Aclaración y trabajo con valores”**: determinar lo que importa al cliente realmente, qué valores guían su vida y, por lo tanto, su conducta hacia conseguir metas y objetivos relacionados con esos valores. Se trabaja para dar un sentido a la pérdida y al dolor que supone entrar en contacto con recuerdos, pensamientos y sentimientos relacionados con la pérdida. Por ejemplo, en el caso de la pérdida de un hijo/a entrar en contacto con ella hace que, en muchos casos, cambie el sistema de valores de la persona. Se pasa a valorar más la vida en sí, cosas fundamentales como poder respirar o que lata el corazón. Poder disfrutar a quienes queremos dedicándoles tiempo. Dejar de complacer. Dedicar tiempo a cuidarnos y disfrutar de las cosas que nos gustan.
6. **“Voluntad y compromiso”**: todo este proceso requiere de voluntad y también esfuerzo. Podemos elegir entre quedarnos lamentándonos y rumiando o afrontar y aceptar estos sentimientos y pensamientos como parte del proceso de curación y no permitir que éstos nos quiten las ganas de disfrutar de la vida, de las cosas y personas que nos importan y tenemos la oportunidad de disfrutar. Esa oportunidad que nuestros hijos e hijas no tienen y nosotros sí. No hay mayor tributo a ellos/as que disfrutar de la vida, que honrar su memoria y existencia disfrutando de la nuestra.

5.3. Abordaje psicoterapéutico del duelo perinatal: asociación Matrioskas

La Asociación “Matrioskas” surgió a raíz de mi experiencia personal de pérdida perinatal. Fui consciente de la escasez de recursos específicos a nivel hospitalario y se me ocurrió hacer un grupo de apoyo a las familias. Tras comentarlo con las matronas y con otras familias interesadas decidimos darle una estructura legal y formar la Asociación, para que pudiesen contar con nosotros como recurso. Empezamos las reuniones y están teniendo muy buena acogida. Además del grupo mensual de ayuda mutua, tenemos como objetivo la sensibilización y formación a profesionales sanitarios a través de cursos, y la difusión de información a través de redes sociales.

CONSPIRACIÓN (O PACTO*) DEL SILENCIO EN PSICOONCOLOGÍA: UN SECRETO A VOCES?

* En este texto se darán por equivalentes las denominaciones conspiración o pacto de silencio.

Rocío Basanta Matos

PSICÓLOGA CLÍNICA DE INTERCONSULTA E ENLACE.
HOSPITAL LUCUS AUGUSTI.

✉ rociobasanta@gmail.com

RESUMEN: El propósito de este artículo es reflexionar sobre la conspiración o pacto* del silencio. Esta es una barrera en la comunicación que se da con mucha frecuencia entre pacientes, familiares y profesionales. En este texto, vamos a ocuparnos de las situaciones en las que el entorno (familiares y/o sanitarios) conoce información que el paciente no tiene, sin considerar sus deseos al respecto. Abordaremos qué es lo que se sabe sobre este tema. Cómo ha ido cambiando el tema de la información en medicina. Cuáles son nuestras obligaciones éticas en el trabajo y qué es lo que dice la ley al respecto. Cuáles son los discursos de los pacientes, los familiares y los profesionales. Se exponen en el texto reflexiones basadas en la literatura y en la práctica clínica. Se concluye discutiendo pinceladas sobre estrategias de prevención, intervención y manejo.

PALABRAS CLAVE: conspiración del silencio, psicooncología, enfermedad terminal, comunicación clínica, ética.

ABSTRACT: The purpose of this article is to reflect on the conspiracy or pact of silence. This is a barrier in communication that occurs very often among patients, family members and professionals. In this text, we will deal with situations in which the environment (family and / or health) knows information that the patient does not have, without considering their wishes in this regard. We will discuss what is known about this topic. How the subject of information in medicine has changed. What are our ethical obligations at work and what does the law say about it. What are the speeches of patients, relatives and professionals. They are exposed in the text, reflections based on literature and clinical practice. It concludes discussing brushstrokes on strategies of prevention, intervention and management.

KEY WORDS: conspiracy of silence, psycho-oncology, terminal illness, clinical communication, ethics.

SUMARIO:

- 1 Introducción: la enfermedad, la muerte y como nos confronta.
- 2 ¿De qué estamos hablando al decir conspiración (o pacto) del silencio?
- 3 Informar como deber ético y legal.
- 4 ¿Qué datos conocemos?
- 5 ¿Por qué se empezaron a ocultar diagnóstico y pronóstico en medicina?
- 6 ¿Cuándo cambió esto? Aparece la conciencia, y el conocimiento científico y la incerteza.
- 7 Aquí y ahora, ¿qué encuentro en mi práctica? Las verdades de las mentiras y las mentiras de las verdades.
- 8 Entonces... ¿qué hacer ante los pactos de silencio? ¿Por qué hablar? ¿Hay que romper los pactos de silencio?
- 9 Estrategias de prevención, de intervención y de manejo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Agrest, A. (2008). *Ser médico ayer, hoy y mañana. Puentes entre la medicina, el paciente y la sociedad*. Bs As: Libros del zorzal.

Arranz P, Bayes R. (1996). Aspectos psicológicos del enfermo en situación terminal. En M. González, A. Ordóñez, J. Feliú, P. Zamora y E. Espinosa (Dir.), *Medicina Paliativa* (pp.237-255). Madrid: Médica Panamericana. (pp.237-255).

Bermejo, J.C., Villacieros, M., Carabias, R., Sánchez, E. y Díaz-Albo, B. (2013). Conspiración del silencio en familiares y pacientes al final de la vida ingresados en una unidad de cuidados paliativos: nivel de información y actitudes observadas. *Medipal* 2013;20:49-59

Centeno Cortés, C., Nuñez Olarte, J.M. (1994). Questioning diagnosis disclosure in terminal cancer patients: a prespective study evaluating patients responses. *Palliative Medicine* 3, pp 39-44.

Centeno Cortés C, Nuñez Olarte J.M. (1998). Estudios sobre la comunicación del diagnóstico del cáncer en España. *Medicina Clínica*. Vol 110. Número 19 p. 744- 750

Derrida, J. (1997). La farmacia de Platón, en: *La diseminación*. Madrid: Espiral; (1967). La dissemination. Paris: Editions du seuil.

Hernández-Clemente, J.C. (2019). Dígame la verdad, Dr. *Folia Humanística*, Número 11. - febrero-marzo.

Los fines de la medicina (2004). En *Cuadernos de bioética*. Barcelona: Fundació Víctor Grifols i Lucá.

Ruiz-Benítez de Lugo, Comyn M.A. (2007). La conspiración del silencio en los familiares de los pacientes terminales. Tesis doctoral. Servicio de Comunicaciones de la Universidad de

La Laguna. Humanidades y ciencias sociales/15 I.S.B.N.: 978-84-7756-773-8. 2007. Disponible en: <ftp://tesis.bbtk.ull.es/ccs-syhum/cs425.pdf>

Ruiz-Benítez de Lugo, M., Coca, M. (2008). El pacto de silencio en los familiares de los paciente oncológicos terminales. *Psicooncología*, vol. 5, num 1.

Sontag, S. (1995). *La enfermedad y sus metáforas*. Buenos Aires, Taurus

Sánchez Fuentes J.M. (2019). ¿Conspiración del silencio o confabulación en la negación? *Cartas al director*. Elsevier. 28/5/2019.

Sanchez Fuentes J.M. (2019) ¿Conspiración del silencio o confabulación en la negación? *Cartas al director*. Elsevier.,28/5/2019

1 Introducción: la enfermedad, la muerte y cómo nos confronta

Vivimos en una sociedad que asocia cáncer y muerte, aunque las personas con cáncer cada vez viven más tiempo. En España, en 2016, fue causa del 27,5 % de la mortalidad (Sociedad Española de Oncología Médica, *Las cifras del cáncer en España*, 2018).

Vivir una situación límite nos hace conscientes de nuestra propia finitud. Las enfermedades graves, como el cáncer, confrontan al ser humano con sus límites. En concreto, con la muerte. Para el paciente significa la posible pérdida de su vida y para la psicóloga clínica enfrentar la muerte del otro y el encuentro tanto con los propios límites (los de nuestro conocimiento, nuestra actuación...) como los del contexto hospitalario (horarios, instalaciones, falta de intimidad, trabajo con otros equipos, diferentes filosofías de intervención, etc.).

Con la enfermedad y la muerte llega el miedo a lo desconocido y, para lidiar con ello, desarrollamos estrategias de evitación, rechazo y huida. Estas se concretan muchas veces en pactos de silencio y en el lenguaje que usamos. Las metáforas, sinónimos y eufemismos reflejan (que existen) connotaciones negativas y cómo intentamos encubrirlas.

Susan Sontag (1974) en *La enfermedad y sus metáforas* plantea que: “Que se mienta tanto a los pacientes de cáncer, y que estos mismos mientan, da la pauta de lo difícil que se ha vuelto en las sociedades industriales avanzadas el convivir con la muerte”. También señala: “la muerte es ahora un hecho ofensivamente falto de significado, así una enfermedad comúnmente considerada como sinónimo de muerte es algo que hay que esconder... Sin embargo, la negación de la muerte no explica por qué se miente tanto ni por qué uno desea que le mientan; no se toca el pavor más hondo”.

En relación a eso, ella señala que: “A los pacientes de cáncer se les miente no simplemente porque la enfermedad es (o se piensa que sea) una condena a muerte, sino porque se la considera obscena, en el sentido original de la palabra, es decir: de mal augurio, abominable, repugnante para los sentidos”. Se podría añadir, tomándolo del teatro clásico, el significado de ob- scena (ob skene): fuera de escena. Del escenario que cada uno se imagina para su vida,

En este mismo sentido, Kübler-Ross (1969) señala lo que ha cambiado: “usamos eufemismos, hacemos que el muerto tenga aspecto de dormido, alejamos a los niños para protegerlos... morir se convierte en algo solitario, mecánico, deshumanizado e impersonal, cuando un paciente está gravemente enfermo, se le trata como una persona sin derecho a opinar”. En resumen, la deshumanización y tecnificación de la asistencia sanitaria, en el fondo, podría responder a una necesidad de negar nuestra propia muerte y a la angustia de vernos reflejados en el paciente moribundo.

La muerte es universal y, a la vez, única. Nadie puede ocupar el lugar de otro y por ello, no hay recetas. Cada uno y cada familia enferma y muere como es y cómo ha vivido. No vemos las cosas como son, sino como somos. Con la muerte cada uno ha de escribir su último capítulo y, salvo excepciones, todos deseamos poder elegir y que los que nos rodean respeten lo que hemos elegido



©rawpixel

2 ¿De qué estamos hablando al decir conspiración (o pacto) del silencio?

“Los científicos dicen que estamos hechos de átomos, pero a mí un pajarito me contó que estamos hechos de historias”
Eduardo Galeano

Hablamos de una barrera en torno a la comunicación, de un acuerdo, implícito o explícito, al que llega la familia, el entorno o los profesionales, de cambiar u omitir la información que se da al paciente para ocultar el diagnóstico, la gravedad o el pronóstico con la finalidad de protegerlo. Pero entonces, ¿qué datos tenemos para hacer el relato de nuestro último capítulo?

Los autores que abordan este tema, como P. Arranz et al. (1996), lo definen como: “acuerdo por ocultar total o parcialmente información de su estado al paciente sin tener en cuenta los deseos de saber del mismo”. Si es el propio enfermo el que no quiere saber, entonces lo llaman conspiración adaptativa. Ruiz (2007) dice que son “el conjunto de estrategias utilizadas por la familia y/o personal sanitario, para evitar y no comunicar al paciente la gravedad de su situación”. Según Bermejo et al. (2013) es el acuerdo, implícito o explícito, por parte de familiares, amigos y/o profesionales de alterar información que se da al paciente con el fin de ocultarle el diagnóstico y/o pronóstico, y/o gravedad de la situación”.

Este fenómeno surge, mayoritariamente, como un déficit en el proceso comunicativo. Aparece en el ámbito sanitario de manera prevalente y habitualmente no por un deseo explícito del paciente sino como una estrategia de afrontamiento que limita la comunicación. Sin embargo, sabemos que la comunicación con el paciente es de vital importancia ya que es el modo más efectivo para poder realizar con éxito las indicaciones médicas y experimentar también mejoras en la calidad de vida.

Por otro lado, es difícil hallar un equilibrio entre las expectativas y aportar información veraz y ajustada al silencio, aunque la manera de nombrarlo quizá no sea la más acertada. La palabra conspiración, según la RAE, es: “Acto preparatorio del delito que consiste en el concierto de dos o más personas para la ejecución de un delito y en su resolución para ejecutarlo”.

En mi opinión, no describe adecuadamente este fenómeno ya que de lo que hablamos no es de un acuerdo *contra* alguien para hacer daño, sino que suele ser un acto motivado por amor y deseo de cuidar. Entonces, como plantea J.M. Sánchez (2019), se acerca más a la idea de “confabulación en la negación”. La negación es una constante en la vida, un mecanismo de defensa, que evita en parte la autoconciencia continua de la enfermedad. En este texto, vamos a ocuparnos de las situaciones en las que el entorno (familiar y/o sanitario) conoce información que el paciente no tiene, sin considerar sus deseos al respecto.

Hay varios tipos de conspiración del silencio:

- Por origen: necesidad familiar o negación del paciente.
- Por cantidad de información oculta: total o parcial.
 - Parcial: conoce el diagnóstico pero no el pronóstico.
 - Total: no tiene absolutamente ninguna información.
- Desadaptativa: el paciente desea saber, pero la información no se le facilita.
- Adaptativa: el paciente no quiere saber ni la gravedad, ni otra información.

Las estrategias de ocultación pueden ser muy variadas, pero se podrían subdividir en dos:

- Distorsiones del lenguaje como: eufemismos, evitar la palabra cáncer, dar información parcial, usar términos complejos o ambiguos, negar el diagnóstico u omitirlo, repetir diagnósticos previos, posponer la respuesta, disimular emociones, evitar o acortar situaciones o conversaciones.
- Actuaciones como: petición de colaboración de la familia a los profesionales en la conspiración, impedir el contacto con el paciente o evitar que se quede a solas con el profesional.

Si analizamos los discursos sobre las causas que se argumentan para no comunicar vemos:

- Deseo de cuidar, de evitar el sufrimiento y proteger del impacto emocional.
- Paternalismo del contexto cultural, creer que los pacientes no quieren conocer su estado, aunque digan lo contrario.
- Tabús sociales sobre etapas de final de vida.
- Autoprotección de los profesionales y de los familiares.

Concretando un poco más en las causas que los profesionales plantean están: el no saber cómo hacerlo por dificultades de comunicación (falta de tiempo y ambiente adecuado, falta de formación en comunicación y manejo de emociones), la evitación de la situación por ansiógena, la dificultad de establecer diagnósticos y pronóstico precisos y los sentimientos de fracaso y frustración por que no haya posibilidades de cura. Por su parte, los familiares hablan más de miedo a las repercusiones emocionales del paciente como que la información puede disminuir la esperanza del paciente o acelerar la muerte.

Se pretende cuidar y proteger y sin embargo, los efectos y consecuencias que encontramos en el paciente cuando estamos ante una conspiración del silencio son:

- 1.- En la toma de decisiones respecto a la salud: pérdida de autonomía, dado que no se está informado.
- 2.- En lo emocional: frustración ante un deterioro evidente, con desconocimiento de causa y sin mejoría a pesar de los tratamientos recibidos, subsiguiente desconfianza con la familia y/o cuidador principal y bloqueo de la comunica-

- ción. Aparecen preocupaciones, ansiedad, miedo, confusión, rabia, tristeza.
- 3.- En lo social: aislamiento, sentirse incomprendido, solo, engañado, abandonado... Se complica la expresión de emociones, y el abordar temas importantes.
- 4.- En lo espiritual: **pérdida de oportunidad** para cubrir necesidades.

En resumen, encontramos dificultad para afrontar la propia muerte, para despedirse, resolver tareas pendientes, y encontrar sentido a la vida y al sufrimiento.

Estos efectos alcanzan también a los *profesionales*: genera valoraciones equivocadas, etiqueta, desgasta y pone en disyuntivas sobre a quién no perjudicar. Todo ello hace entrar en conflicto los principios de bioética: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

3 Informar como deber ético y legal

Informar al paciente es, en primer lugar, un deber **ético**. Las razones éticas por las que la conspiración del silencio va en contra de los principios de una buena práctica clínica son:

- Es contraria al principio ético de autonomía del paciente y revelar el diagnóstico a los familiares antes que al paciente incumple el deber de confidencialidad. Además, supone para la familia tener que soportar la carga de la falta de claridad o del engaño, lo que puede (y suele) llevar a sentimientos de culpa más tarde.
- Surgen barreras de comunicación entre los familiares y el paciente (en la medida en la que aquellos ejercen conductas evitativas en momentos cuando el paciente más los necesita).
- Cuando se produce, dado que no se les ha informado de su situación, los pacientes no pueden ejercer el derecho de dar su consentimiento informado, y así puede verse afectada la posibilidad de recibir un tratamiento apropiado y a tiempo.
- Los pacientes pueden perder sus oportunidades para completar tareas y deseos antes de su muerte.
- Los pacientes pueden percibir que se les oculta algo, y desarrollar desconfianza con sus familiares y médicos.
- La relación médico-paciente se puede ver negativamente afectada por una pérdida de confianza en el médico por parte del paciente, lo que genera dificultades para ofrecer el mejor tratamiento (aquel que está en línea con los deseos del paciente).

Además, es un deber legal. El deber de informar, sobre el diagnóstico y pronóstico, plasmado en la Ley General de Sanidad 14/1986, artículo 10, recoge los de-

rechos fundamentales de los ciudadanos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias. Concretamente los puntos sobre la información son:

1. A que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.
2. A la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención.
3. A que se le asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial.

La Ley 41/2002, de la autonomía del paciente en su capítulo II, artículo 4º y 5º recogen:

Artículo 4. Derecho a la información asistencial:

1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.
2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.
3. El médico responsable del paciente le garantizará el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que lo atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarlo.

Artículo 5. Titular del derecho a la información asistencial.

1. El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.
2. El paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal.

En Galicia, además, tenemos la Ley 5/2015 de derechos y garantías de la dignidad de las personas enfermas terminales. En su exposición de motivos se recoge: “Este gran desarrollo tecnológico ha supuesto una mejora de las condiciones de vida de las personas y la capacidad de prolongar la vida hasta límites insospechados. Se ha llegado hasta tal punto que dentro de la sociedad hay quien tiene la percepción errónea de que la muerte casi siempre puede y debe ser pospuesta. Este enfoque de la medicina es uno de los responsables de que muchas y muchos profesionales sanitarios se encuentren incómodos e inseguros ante el final de la enfermedad sin saber bien cómo actuar”.

Pese a nuestros conocimientos, experiencia y a estar redactado en nuestras leyes, no sabemos cómo actuar; las conspiraciones de silencio son un buen ejemplo de ello. Si a la ansiedad del enfermo se suma la del sanitario, se genera un círculo que facilita el aislamiento, el silencio, la incomunicación y el engaño. Por todo esto, tendremos que darnos la opción de preguntar y hablar de cada situación, de las emociones y temores que nos surgen para así enfrentarnos mejor a la enfermedad y la muerte.

“Si a la ansiedad del enfermo se suma la del sanitario, se genera un círculo que facilita el aislamiento, el silencio, la incomunicación y el engaño”.

4 ¿Qué datos conocemos?

Del estudio realizado sobre pactos de silencio en familiares de pacientes oncológicos terminales de Ruiz-Benítez (2008), destacamos estos datos:

- Cuanto mayor es la creencia de que la verdad va a tener repercusiones negativas en el enfermo, mayor es la incapacidad para comunicarse.
- A mayor desbordamiento emocional suele acompañar una menor competencia para manejar los aspectos relacionados con la muerte, y que cuanto mayor es el miedo, y la evitación hacia la muerte, mayor suele ser el desbordamiento emocional.
- A mayor dificultad de comunicación con el enfermo terminal, menor percepción de competencia ante la muerte, también para hablar de la propia.
- A más edad y menor nivel educativo, más número de conspiradores.

Algunas cifras del mismo estudio dicen que el 21% no sufre conspiración, el 27% conoce diagnóstico pero no pronóstico y el 50% sufre conspiración del silencio, pero existe un acuerdo en el que probablemente intuya la situación.

Entre conspiradores absolutos (se niegan a compartir la información tanto de diagnóstico como de pronóstico) y los no conspiradores, el factor que más contribuye a explicar la diferencia entre ambos es la “repercusión de la verdad”, siendo la razón más importante para ocultar la gravedad de la situación al paciente el miedo a las repercusiones negativas: depresión, anhedonia, apatía, empeoramiento físico, sufrimiento innecesario, pérdida de esperanza o aumento del riesgo de suicidio.

Resumiendo, el bloqueo en la comunicación dará lugar a:

- aislamiento y soledad del enfermo, sentimientos de no sentirse comprendido y/o engañado,
- imposibilidad de ventilación emocional,
- inhabilidad de cierre de asuntos importantes.

Por tanto, no solo debemos informar del diagnóstico o facilitar una correcta administración del tratamiento; aportar una buena explicación de los síntomas es clave para reducir la ansiedad, mejorar la calidad de vida y favorecer la participación en la toma de decisiones.

Dar información no está vinculado a mayor malestar emocional del previo a ser informados. Se observa que es falsa la correlación entre la recepción de información y el impacto negativo temido con la excepción de los pacientes que no desean ser informados por suponerles un daño o que aceptan las pautas comunicativas de ocultación como correctas.

Centeno y Núñez (1998) constataban que el diagnóstico era revelado solo a un 25-50% de los enfermos de cáncer; pero, ni siquiera, en estos casos la información era siempre directa e inequívoca. Alrededor del 71% de los pacientes en fase terminal sospechaba positivamente o conocía la naturaleza de su enfermedad. Y entre el 16 y el 58% de los pacientes no quiere tener información sobre la verdadera naturaleza de su enfermedad.

Respecto a las familias de los enfermos oncológicos, Morante, Mateo y Tuca (1995), citados por Ruiz-Benítez de Lugo (2007), un 61-73% se manifiestan contrarias a que se informe a los pacientes. Este estudio se realizó con 360 familiares de enfermos con cáncer y sus autores concluyeron que los parientes rechazan la comunicación del diagnóstico al enfermo con más frecuencia que la población general. En concreto, el 61% de los parientes no deseaba que el médico informara al enfermo.

Los estudios también señalan que a veces, a la hora de informar, los profesionales recurrían a la familia en primer lugar. Consideraban que hacerlo es equiparable a haber informado al paciente. Incluso se da prioridad a las peticiones de la familia sobre si informar o no al paciente, en base a la creencia de que esta es la que mejor conoce al paciente y se encarga del cuidado del mismo, por lo cual es la más adecuada para ser la depositaria de la información relevante. Es más, se observa también que las preferencias de información de los pacientes podrían variar en función de cómo avance su enfermedad. Mientras la familia pide más, el paciente pide menos.

El pronóstico suele ocultarse más que el diagnóstico; o bien es revelado de modo inadecuado. Muchas veces los pacientes deciden firmar los consentimientos informados sin leer, o no leen los informes que les dan sus médicos.

Bermejo et al. (2013) estudiaron el grado de conocimiento que tenían pacientes y familiares sobre el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad terminal, al ingreso y al alta, en una unidad de cuidados paliativos para cuantificar la existencia de conspiración del silencio. Valoraron 59 pacientes con una media de edad de 76 años. Al ingreso, la tasa de desconocimiento del diagnóstico fue de un 14%, del pronóstico un 71%. Al alta, las tasas de desconocimiento del diagnóstico disminuyeron al 8% y de pronóstico al 57%. En cuanto a las actitudes: alrededor del 50% de los pacientes (al ingreso y alta) no habla, niega, evita; alrededor del 40% no muestra actitud contraria a la información. Un 55% de los familiares (al ingreso y alta) quiere proteger al enfermo y un 35% no mostraron actitud contraria.

Vemos que los estudios señalan que se van disminuyendo la cifras de conspiración de silencio, pero aún es una práctica frecuente.

“El pronóstico suele ocultarse más que el diagnóstico; o bien es revelado de modo inadecuado”.

5 ¿Por qué se empezó a ocultar diagnóstico e pronóstico en medicina?

Es una creencia ampliamente extendida y es fácil oír que: “la ignorancia da la felicidad”. Se relaciona el conocimiento con la tristeza o la desgracia. Ya desde el Génesis se plantean los problemas de probar los frutos del árbol prohibido: el del conocimiento. Dios le dice al hombre que él puede comer la fruta de cualquier árbol en el jardín exceptuando el del conocimiento del bien y del mal. Le advierte de que si come de él, morirá. Por tanto, este es el árbol de la muerte. Al comer del árbol el mayor conocimiento adquirido fue la capacidad moral y los seres humanos comenzaron a juzgar si los hechos eran buenos o malos y se dieron cuenta de las consecuencias de sus actos. Claramente, se relaciona el conocimiento con la desgracia (expulsión del paraíso) y del “darse cuenta” (Génesis 3, 7-13) y desde entonces, ocultar (tapar la desnudez, vestirla, falsearla...) aparece como un acto de cuidado y amor, un “engaño benevolente” para proteger.

Focalizando en la relación médico-paciente, desde la antigüedad clásica, la falta a la verdad estaba justificada en el modelo paternalista. Toda la potestad de la información pertenecía al médico. En la *República* de Platón leemos: “realmente la mentira es algo que, aunque de nada sirve a los dioses, puede ser útil para los hombres a manera de medicamento, está claro que una semejante droga debe quedar reservada a los médicos”. En el Renacimiento surge la ciencia y la filosofía moderna, produciéndose en esta última un giro hacia la pregunta por la propia conciencia.

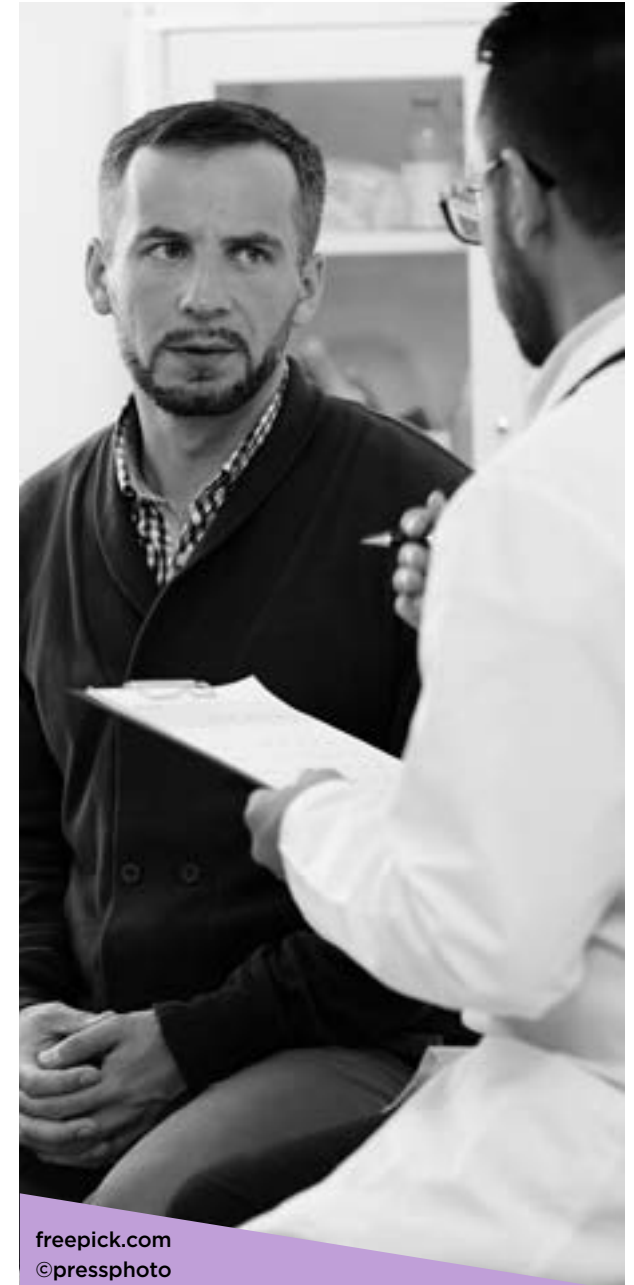
Rodrigo de Castro en su libro *Médicus Políticus* (1614) se plantea de un modo absolutamente serio: “Si el médico puede engañar al paciente por el bien de la salud de este”. Considera que ocultar la verdad no constituye una mentira y, por eso, el médico puede abstenerse de revelar por completo la verdad, pero solo si actúa con buena intención, para ayudar al paciente y no lo hace por avaricia [...] Sin embargo, en principio, al paciente “de espíritu fuerte se le debería decir la verdad en el momento oportuno, con delicadeza y sin causarle perjuicio”.

Los nuevos descubrimientos científicos que tienen lugar en los años del Renacimiento supusieron un giro radical sobre el concepto de verdad. La nueva ciencia obligaba a descartar la existencia de verdades reveladas, que postulaba la teología dominante. Al abrir paso a un conocimiento entendido como científico la experiencia y la razón, desde entonces, asumen el rol de guía en nuestras sociedades contemporáneas.

Sobre la denominada comunicación de la verdad a los pacientes también se ha producido un cambio muy significativo. Percival publicó en 1803 *Medical Ethics; or a Code of Institutes and Precepts, Adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons*, en el que comenta sobre la comunicación de la verdad a los pacientes:

Que si los hombres no consideran un agravio el ser engañados, entonces no hay delito en el falso discurso sobre dichas cuestiones [...] este engaño benéfico ... puede reconfortar los espíritus lánguidos de los enfermos... sería un error flagrante e insensible revelar la verdad... Se suspende provisionalmente su derecho a la verdad, incluso se aniquila este derecho; debido a la anulación de la naturaleza benéfica de este derecho, sería sumamente perjudicial para él mismo, para su familia y para el público.

La actitud de Percival es no comunicar al paciente el diagnóstico o pronóstico cuando este es relevantemente grave o infausto. Percival introduce el concepto de prudencia en la comunicación del diagnóstico y el pronóstico a los pacientes, más si tenemos en cuenta cómo la verdad se convierte en certeza y esta obedece a la probabilidad.



freepick.com
©pressphoto

6 ¿Cuándo cambió esto? Aparece la conciencia, y el conocimiento científico y la incerteza.

En el siglo XIX y hasta la primera mitad del XX, tendrá lugar una amplia disputa entre los paternalistas y los que creen necesario comunicar a los pacientes toda la verdad, a los que denominamos autonomistas.

En España, Gregorio Marañón en su libro *Vocación y ética y otros ensayos* (1947), decía:

Mas si la vida, en general, inclina a la mentira ¡qué no será cuando un sentimiento piadoso nos empuja además a ella, como en el caso del médico! El amigo mío que vivió sin otra preocupación que decir siempre la verdad, solía fulminar sus más atroces anatemas contra los médicos, disimuladores perpetuos de la realidad. Pero claro es que sin ese disimulo, legítimo y santo, para nada servirían los sueros más exactos y las operaciones quirúrgicas más perfectas. Algunas noches, al terminar mi trabajo, he pensado lo que hubiera pasado si a todos los enfermos que habían desfilado por la clínica les hubiera dicho rigurosamente la verdad. No se necesitaría más para componer la pieza más espeluznante del Gran Guiñol. El médico, pues, digámoslo heroicamente, debe mentir. Y no solo por caridad sino por servicio a la salud. ¡Cuántas veces una inexactitud, deliberadamente imbuida en la mente del enfermo, le beneficia más que todas las drogas de la Farmacopea!

Como acabamos de leer, en el contexto paternalista se plantea el mantener al moribundo en la ignorancia de su estado, así de modo correlativo a la privación del saber, surge el temor a la muerte.

En la novela *La muerte de Iván Ilich* (1886) de León Tolstoi, se plantea que el principal tormento del enfermo es la mentira, la mentira de que “solo” está enfermo, negando la percepción de gravedad del protagonista. De este modo la muerte se hace tabú, cuestión individual y privada. Se impone la idea de que es mejor no darse cuenta, no saber y se tiende al encubrimiento con la idea de prevenir la desesperanza. Se cree que el saber repercutirá negativamente y llegamos a la conspiración del silencio, donde, ante el mayor problema de la vida de un ser querido, lo dejamos solo.

En la segunda mitad del siglo XX, tendrán lugar dos hechos:

- la evolución científico-técnica y con ello la posibilidad de ser copartícipe del proceso al poder elegir entre diferentes opciones,
- el paso a ser la información médica un derecho de los pacientes (caso Berkey contra Anderson, 1969).

Esto hará que la tendencia se invierta y progresivamente se pase a pensar que la comunicación de la información médica no ha de ser modulada por el profesional médico de manera exclusiva sino a ser un derecho exigido por el paciente, si así lo cree conveniente. El conocimiento moderno incorpora el concepto de falibilidad y, el de incertidumbre. La medicina empieza, pues, a trabajar en condiciones de incertidumbre. La verdad deja así paso al concepto de certeza. La certeza es el estado subjetivo de seguridad en que se encuentra el sujeto cognoscente respecto de alguno de sus conocimientos. Este estado subjetivo de seguridad se contrapone a los estados de duda, opinión y creencia.

Asimismo, en medicina, la introducción de los métodos cuantitativos, cuyo razonamiento último es probabilístico, ha supuesto un acercamiento distinto a la verdad. Una verdad cambiante y siempre inalcanzable en su totalidad, a la que la probabilidad como método, y la estadística como ciencia que la estudia, permiten un nuevo acercamiento.

Si la información pasa a ser falible y un derecho del paciente, entonces, respetar su dignidad y valores como persona implica contar con ella, aunque no estemos de acuerdo. Infantilizamos al otro cuando le ocultamos la información sobre su salud, cuando minimizamos, tergiversamos, dulcificamos, adaptamos, disimulamos. Les contamos un “cuento” como hacemos con los niños cuando abordamos temas que en realidad lo que dejan en evidencia es que, muchas veces, lo que pasa es difícil de abordar para el que está hablando. Negar la muerte, negarse a hablar de ella es pervertir una de los fines de la medicina. Esta es una de las negaciones sobre las que opera la conspiración de silencio.

Resultado de una investigación liderada por Daniel Callahamy patrocinada por el Hasting Center recogida en el documento *Los fines de la medicina* (1996), se plantea que:

En toda vida humana llegará un momento en que un tratamiento de soporte vital será inútil; se llegará al límite absoluto de las capacidades de la medicina. Por tanto, la gestión humanitaria de la muerte es la responsabilidad final, y probablemente la más exigente desde el punto de vista humano, del médico, que está obligado a reconocer en su paciente tanto su propio destino como las limitaciones inherentes a la ciencia y arte de la medicina, cuyos objetos son seres mortales, no inmortales, más tarde o más temprano, la muerte es, como ha sido siempre, el resultado inevitable incluso del mejor tratamiento médico.

La revisión de los fines de la medicina está dirigida a crear una medicina más humana, más atenta al discurrir de la existencia concreta de las personas sin abandonar la excelencia técnica. Pero, a veces, es el propio desarrollo técnico el que entorpece la comunicación y crea barreras. En palabras del médico argentino Alberto Agrest (2008):

“La medicina es hoy más científica... Más jurídica pero más temerosa, más preocupada por el consentimiento –un documento– que por la información que exige comprensión y comunicación... Más preocupada por cometer el menor error posible que por obtener el mayor beneficio probable para el enfermo... Es cierto, la medicina es hoy más científica, más ética, más jurídica, más económica, más organizada y más controlada... pero es menos medicina. Lo deseable es que la medicina sea más sin ser menos.”

“El mecanismo de defensa asociado a los pactos de silencio es la negación, si no lo nombro, si no hablo de ello, no aparece, no existe”.

7 Aquí y ahora, ¿qué encuentro en mi práctica? Las verdades de las mentiras y las mentiras de las verdades.

Mi ámbito de trabajo es la interconsulta y generalmente la sombra que aparece y que no se quiere ni mirar ni nombrar, es la de la muerte; la limitación que supone la muerte es mala de afrontar y mucho más si nos toca cerca.

A veces, cuando hablo con los pacientes y familias no está claro si es negación, o más bien una evitación, o un rodeo del obstáculo. Esto implica que uno sabe dónde está el obstáculo a rodear. Es lícito, es una manera del ser humano de intentar “ganar tiempo” para ver qué hacemos con este obstáculo que hemos evaluado como excesivo y al que no nos queremos o no sabemos enfrentar. Una manera de hacer esto es no leer un informe de alta o no preguntar qué significa una palabra. Como me dijo un paciente: “a mí no me han dicho qué tengo, dice que una neoplasia, pero yo eso no sé qué es”. Es decir, el mecanismo de defensa asociado a los pactos de silencio es la negación, si no lo nombro, si no hablo de ello, no aparece, no existe. Esto remite a la idea del poder creador de la palabra y al pensamiento mágico-supersticioso del que, en Galicia, sabemos mucho. Creo que es muy importante el contexto cultural. El gallego sigue temiendo a la Santa Compañía. Todos sabemos que hay que evitarla, escapar y, si pasa por delante, no hay que mirarla para que no te sumen a esa procesión de muertos. El silencio y mirar para otro lado es lo que protege y eso mismo llevamos a los ámbitos y conversaciones sanitarias.

En la teoría, mucho se ha avanzado en los últimos 50 años. Desde el enfoque paternalista pero profundamente comprometido con el paciente de Gregorio Marañón, a un enfoque más autonomista y defensivo de la práctica sanitaria. Pero las creencias y las emociones como el miedo, tienen otros tiempos.

Hablar puede ser difícil, y más sobre emociones. Además, todos sabemos que por hablar no deja de existir el problema; el temor es no saber qué hacer tras hacer algo explícito. En palabras de una paciente que vi esta semana:

“Por contárselo aquí a usted, no va a cambiar nada, y tampoco porque ella (su madre con cáncer) sepa lo que ha pasado (no le han podido resear el tumor en quirófano). Mejor que crea que va todo bien. Estoy satisfecha con habérselo ocultado, lo haría otra vez. Lo malo es cuando ella deje de sentirse mal, eso me da miedo. Le doy vueltas y no me sale de la cabeza.”

Mientras escucho, muchas veces pienso que si a lo largo de la vida hacemos distintas narrativas sobre nosotros mismos, al final del camino también ayuda poder hacer una, y eso requiere tener tiempo e información.

Hablar no es fácil, pero estar callado tampoco. Como dice una amiga: “tanto estudiar, para luego estar callado”. En mi experiencia, puede ser una de las tareas más difíciles de aprender en esta profesión. Estar, escuchar y no salir corriendo, que es lo que a veces genera estar cerca de la locura, la enfermedad grave y la muerte, sin que eso nos lleve a un parloteo, ni charla hueca rellena-espacios y producto de la angustia que no tolera el vacío.

Creo que la pericia clínica consiste en diferenciar cuándo intervenir y cómo hacerlo, y cuándo estar callado y “hacer-nada”, es decir, no-intervenir que en palabras de Colina en *Sobre la locura* (2013) es : “como una pericia contemplativa que proviene de la capacidad de estar en silencio, de no hacer nada, (...) sin que ello signifique estar cruzado de brazos sino comprometido profundamente en el esfuerzo”. Estar ahí con el paciente, cuando no se sabe qué hacer ni qué decir: aprender a no hacer nada, evitar el sufrimiento en la medida de lo posible.

Muchas veces uno calla porque no se sabe qué decir, o teme hacer . “Si no vas a mejorar el silencio entonces cállate!”. Porque la palabra tiene esa dualidad, y como plantea Platón en *El banquete*, es fármaco: “puede ser a la vez veneno o remedio (solución)”.

“El fármaco, es la dialéctica: Someterse a la búsqueda mutua, buscar el conocerse a sí mismo mediante el rodeo y el lenguaje del otro. El Fedón define la filosofía como preparación para la muerte...“No hay violencia donde existe el conflicto, hay violencia donde se niega el conflicto” ... enseñar a hablar, a dialogar, desplazando su miedo o su deseo ... Semejante operación no resultaría posible si el farmacólogo no cobijase en sí mismo esa complicidad de valores contrarios, y si el fármaco en general no fuese, antes de toda discriminación, lo que, dándose como remedio, puede corromper (se) en veneno, o lo que dándose como veneno puede resultar ser remedio, puede aparecer después de administrado en su verdad de remedio.”

(Derrida, 1997, p. 189)

8 Entonces... ¿qué hacer ante los pactos de silencio? ¿Por qué hablar? ¿Hay que romper los pactos de silencio?

“Las mentiras, llenan las insuficiencias de la vida...Los hombres no viven solo de verdades, también les hacen falta las mentiras. La ficción enriquece la existencia, la completa, y transitoriamente, nos compensa de esa trágica condición que es la nuestra: la de desear y soñar siempre más de lo que podemos realmente alcanzar... Porque jugamos a las mentiras ... es una manera de afirmar la soberanía individual, y de defenderla cuando está amenazada, de preservar un espacio propio de libertad.”

(Vargas Llosa, 1990, *La verdad de las mentiras*.)

Depende. Pero no depende de nosotros o de nuestras ideas y opiniones, sino de a quiénes tengamos delante, es de decir, del otro/s y su/s circunstancia/s. A veces, el paciente no quiere (derecho legal); a veces, no puede; a veces, no le va a aportar nada. Es fundamental valorar los recursos que se tienen delante, entre ellos el tiempo, antes de hacer daño (*primum non nocere*).

También hay pactos de silencio con uno mismo. No nos lo decimos todo. Ni sabemos “todo lo que sabemos”; a veces, elegimos no saber. En palabras del refranero: “no hay mejor ciego que el que no quiere ver”. La parte mala de esto es cuando es el miedo el que no deja hablar (ver), o faltan recursos para saber cómo hacer o cómo pensar, cómo nombrar, cómo hablar... ¿No nombrar hace que exista menos?

La palabra crea realidades, porque permite pensarlas y nombrarlas, pero el dolor no es menor por faltar palabras; al revés, en ocasiones, las palabras pueden aliviar, liberar y dejarlo salir.

No somos todos iguales, por eso algunas personas son de hablar, otras de callar; la mayoría decimos que no queremos saber cuándo moriremos, pero también sabemos que será algún día. Quizá al final es importante tener conversaciones que importen, porque el tiempo pasado (con) crea lazos. Pero eso no significa hablar de modo explícito. De hecho, casi la mitad de las personas al final de la vida, adoptan una actitud de negación ante su enfermedad, no hablan, evitan y parece que no quieren más datos. Incluso se fantasea con el futuro.

Con nuestras circunstancias hacemos lo que podemos. Reformulamos: “lo mío es un crecimiento anormal de las células, no un cáncer”. Modificamos, parcializamos o externalizamos: “o que Deus mande”. Pactamos: “mientras llegue a la comunión de mi nieta”. Hacemos silencios...

Pero el problema es que es imposible no comunicar; también callar, “comunica”. Recordemos el primer axioma de la teoría de la comunicación de P. Watzlawick (1967): “Es imposible no comunicar”. Todo comportamiento es una forma de comunicación.

Recordemos que el deseo de no saber es una de las pasiones humanas según Lacan, y por ello puede estar presente tanto en el paciente como en el profesional. Tiene que ver con la necesidad del ser humano de huir frente a la constatación dolorosa que nos confronta con nuestros propios límites como son la muerte y la enfermedad.

9 Estrategias de prevención, de intervención y de manejo.

“¿No sería mejor dar a la muerte, en realidad y en nuestros pensamientos el lugar que le corresponde?... Si quieres soportar la vida, prepárate para la muerte.”
(Freud, 1915, *De guerra y muerte*)

Hay pacientes que reclaman sus derechos y otros que están conformes con la ocultación. Según, D. Gracia (2001): “decir la verdad siempre y en toda circunstancia es irresponsable”. Ante el conflicto entre el principio de autonomía y el de beneficencia, la opción óptima seguramente se halle en la prudencia de un discurso intermedio, usando el dialogo y la deliberación. Escuchando y respetando los deseos del paciente y de su familia.

No existen enfermedades sino enfermos y la comunicación es una de las herramientas clave para disminuir la incertidumbre y el sufrimiento, aumentando la sensación de control sobre la propia vida. Informar adecuadamente exige integrar los conocimientos sobre la enfermedad, con atención a las emociones que se generan (como la negación y la ambivalencia) y que están presentes en pacientes y sanitarios. Los temores frente a la muerte están en el origen de la ambivalencia de sentimientos y nuestras dificultades no resueltas.

Aceptar esto supone pensar en la importancia de la personalidad e investigar su demanda individual para poder transmitir la información adecuada, ajustada, clara, según necesidades y no por imperativo legal. Debe ser una verdad comprensible, adecuada y que ayude a tomar decisiones. Además, debe ser un proceso gradual, continuado y plasmado, en ocasiones, en un documento. Los estudios indican que la información y la explicación de las malas noticias, por duras que sean, si hay una adecuada comunicación, reduce psicológicamente la magnitud de la enfermedad y sus síntomas y permite una adecuada ventilación de las emociones.

Hay que recordar que la verdad a veces duele, pero el engaño puede doler aún más; así, con el deseo de proteger, podemos generar dificultades aún mayores. Como, por ejemplo, el negar la oportunidad para reorganizarse y adaptarse a la última etapa vital.

Para prevenir, se recomienda sentar unas adecuadas bases de la comunicación desde el comienzo:

- El paciente es el dueño de la información, él decide qué personas de su entorno pueden conocerla.
- Explorar la conciencia de gravedad de la enfermedad y las necesidades de comunicación con su familia y allegados.
- Valorar lo que intuye y sabe de su situación tanto como su necesidad de compartirla preguntar cuanta información tiene de su enfermedad, qué piensa de ella, y qué le gustaría saber (verdad soportable).

Entendemos por *verdad soportable* la cantidad de información que los pacientes quieren, necesitan y demandan tener; así como, al proceso de adaptación de la comunicación según las características del propio paciente (Peiró y Sánchez, 2012).

Hoy por hoy, la palabra “verdad” en la relación médico-paciente no equivale al concepto científico de certeza o al metafísico de verdad absoluta, sino al valor de confianza entre médico y paciente. La información que se está dando en el ámbito sanitario es con frecuencia “parcial”, en un intento de gestionar las dificultades que se presentan. Pero esto puede no ser lo más adecuado; sobre todo, si no se está teniendo en cuenta al paciente y sus deseos.



unsplash.com
©kj2008

Para empezar a abordar los pactos de silencio primero hemos de identificarlos. Asegurarnos que conocen el diagnóstico y pronóstico, Luego, explorar y validar las razones (sin juzgarlas), señalar la habitual intención o motivación positiva que hay en los familiares, analizar las repercusiones que la situación tendrá en el paciente y en la propia familia, establecer el coste emocional para el familiar, ofrecer ayuda sobre cómo comunicar malas noticias, explicar la necesidad de conocer los deseos del paciente y priorizarlos. Anticipar posibles reacciones e insistir en la capacidad del paciente para afrontarlo con sus apoyos, asegurando que no se le dirá nada al paciente que este no desee conocer y que habrá una atención continuada y apoyo hasta el final.

Para realizar este trabajo es importante escuchar más que argumentar, acoger su sufrimiento, explorar sus temores, reconocer sus deseos y motivos para ocultar, facilitar el desahogo emocional y evitar reproches. Mostrarse empáticamente comprensivo con las opiniones de la familia y reconocerles como expertos en “su familiar”; aunque esta situación sea nueva para todos.

Señalar la confusión que generan los mensajes opuestos: por un lado el “todo va bien” y por otro, el propio organismo que transmite que “no mejoro” o que “cada día voy a peor”. O el mensaje del entorno de “no pasa nada” y a la vez “no me separo de tu lado”. Ir permitiendo aflorar una idea del paciente más global, más fuerte y con menor vulnerabilidad que la que siente y que ayude a tener una imagen de sí mismo más capaz.

Alinearnos como equipo con la familia y situar el objetivo en reducir el sufrimiento, facilitar el bienestar y sopesar conjuntamente el coste del silencio para todos. Ser comprensivos supone darse cuenta de que es difícil el papel al que se enfrenta la familia. Reconocer que tienen que lidiar con su angustia y dolor, a la vez que atender física y emocionalmente a su familiar, además de mantener el funcionamiento cotidiano.

Hay varios temas a tener muy presentes, uno es el del tiempo: la cantidad de tiempo que queda para prepararse para la muerte del familiar y la calidad de ese tiempo. Compartir, cómo poder encarar y cerrar temas y cómo prepararse para el duelo y supervivencia posterior.

Otro tema que encuadra todo esto, es el de la cultura que a cada uno nos rodea. El conocimiento de la muerte y del proceso de morir proviene de lo transmitido culturalmente y de las experiencias previas vividas, vistas y oídas. En Galicia, la muerte, está cargada de mitos, leyendas y supersticiones (Santa Compañía, San Andrés de Teixido...) y dentro de ese marco, están los constructos personales que cada uno desarrollamos (ideas, valores, actitudes, creencias..), y que pueden no coincidir o incluso chocar con los de otras personas.

“Alinearnos como equipo con la familia y situar el objetivo en reducir el sufrimiento, facilitar el bienestar y sopesar conjuntamente el coste del silencio para todos”.

EL SECRETO NECESARIO: FUNCIÓN DEL SECRETO EN LA ADOLESCENCIA

Marta González Rodríguez

PSICÓLOGA CLÍNICA, CENTRO TERAPÉUTICO DE MENORES CHAVEA, VILAGARCÍA DE AROUSA.

✉ marta.glez.riguez@gmail.com

RESUMEN: Se le ha prestado mucha atención a las consecuencias negativas del secreto para la salud y el bienestar psicosocial. Pero el secreto tiene una función significativa en el proceso de individuación y de autonomía emocional claves en la adolescencia. Las relaciones paternofiliales deben reajustarse para responder a las necesidades crecientes de privacidad del joven y posibilitar la adquisición de una identidad diferenciada que permita una buena entrada en el mundo adulto.

PALABRAS CLAVE: secretos, reserva, adolescencia, autonomía emocional, individuación.

ABSTRACT: Much attention has been paid to the negative consequences of secrecy for health and psychosocial well-being. But secret has a significant function in the process of individuation and emotional autonomy key in adolescence. Parent-child relationships must be readjusted to respond to the growing privacy needs of the young person and enable the acquisition of a differentiated identity that allows a good entry into the adult world.

KEY WORDS: secrets, self-concealment, adolescence, emotional autonomy, individuation.

SUMARIO:

- 1 Introducción.
- 2 Secreto: definición.
- 3 La génesis del secreto: perspectiva evolutiva.
- 4 Matices... Privacidad y secreto.
- 5 Afinando: el secreto y el proceso de individuación.
- 6 Lo que callan y lo que desvelan (cuando deciden hacerlo).
- 7 El secreto en la era de los nativos digitales.
- 8 Conclusión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Desconocido (2013). Un diálogo entre Zygmunt Baumann y David Lyon- El fin del anonimato: lo que los drones y Facebook tienen en común. Recuperado en www.ssociologos.com

Dietvorts, E., Hiemstra, M., Hillegers, M.H. y Keijers, L. (2018). Adolescent perceptions of parental privacy invasion and adolescent secrecy: an illustration of Simpson's Paradox. *Child Development*, 89(6): 2081-2090.

Elzo J. (2000). *El silencio de los adolescentes. Lo que no cuentan a sus padres*. Madrid: Temas de Hoy

Finkenauer C. e Rimé B. (1998) Keeping emotional memories secret: Health and well-being when emotions are not shared. *J. Health Psychol.*, 3: 47-58.

Finkenauer, C.; Engels R. C. y Meeus W. (2002). Keeping secrets from parents: advantages and disadvantages of secrecy in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 31 (2), 123-136.

Flitner, E. e Valtin, R. (1984). I won't tell anyone: on the development of the concept of the secret in schoolchildren. *Education*, 35: 46-59

Hunter, S. B., Barber, B. K., Olsen, J. A., McNeely, C. A., y Bose, K. (2011). Adolescents' self-disclosure to parents across cultures: Who discloses and why. *Journal of Adolescent Research*, 26(4), 447-478.

Ichiyama, M.A., Colbert, D., Laramore, H., Heim, M., Carone, K. y Schmidt, J. (1993). Self-concealment and correlates of adjustment in college students. *J. Coll. Stud. Psychoter.* 7: 55- 68.

Keijers, L. y Laird R.D. (2010). Introducing to especial issue. Careful conversations: Adolescents managing their parent's access to information. *Journal of Adolescence* 33: 255-259.

Kelly, A. (2002). *The Psychology of secrets*. Nova York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Laird, R.D. y Marrero, M.D. (2010). Information Management and behaviour problems: is concealing misbehaviour necessarily a sign of trouble? *Journal of Adolescence*, 33:297-308.

Larson, D.G. y Chastain, R.L. (1990). Self-concealment: Conceptualization, measurement, and health implications. *J Soc. Clin. Psychol.* 9:439-455.

López, A.M. y Castro A. (2007). *Adolescencia: límites imprecisos*. Madrid: Alianza Editorial.

Mahler, M.S., Pine, F. y Bergman, A. (1975) *The psychological birth of the human infant*. Nova York: Basics Books.

Munguía, S.S. (2014). Lexicón etimológico y semántico del Latín y de las voces actuales que proceden de raíces latinas o griegas [incompleto] (Vol. 58). Bilbao: Universidade de Deusto.

Petronio (2002). *Boundaries of privacy: Dialectics of disclosure*. Albany, N.E.: State University of New York Press.

Sibilia, P. (2012). *La intimidad como espectáculo*. Buenos Aires: Fondo de cultura económica.

Smetana J.G., Metzger A., Gettman D.C. y Campione-Barr, N. (2006). Disclosure and Secrecy in Adolescence-Parent Relationships. *Child Development* 77:201-217.

Steinberg, L. y Silverberg, S.B. (1986). The vicissitudes of autonomy in early adolescence. *Child Dev.* 57: 841-851.

Van Manen, M. (2010). The pedagogy of Momus technologies: Facebook, privacy, and online intimacy. *Qualitative health research*, 20(8): 1023-1032.

Van Manen. M. y Levering B. (1999). *Los secretos de la infancia. Intimidad, privacidad e identidad*. Bos aires: Paidós educador.

1 | Introducción

“Mi hijo/a me lo cuenta todo”. Es escuchar esa frase y algo en mi piel se eriza. Aunque la persona lo diga con una sonrisa y la joven o el joven que está al lado luzca idéntica sonrisa a juego. A mí algo me chirría por dentro. Es casi fisiológico. Quizás incluso más por ese beneplácito del adolescente sobre la onmisciencia paterna.

Y es curioso, porque desde la Psicología se ha hablado ampliamente de los beneficios de una buena comunicación intrafamiliar y de las consecuencias negativas del secreto para el bienestar emocional.

El secreto y sus consecuencias negativas han sido ampliamente estudiados en adultos. Comúnmente se ha asociado el secreto a la necesidad de esconder u ocultar algo y se ha asociado la tendencia a guardar secretos con quejas físicas y depresión. Se ha asumido que el hecho mismo de tener un secreto funciona como un estresor interno (Larson y Chastain, 1990). Finkenauer y Rimé (1998) encuentran mayores quejas físicas en aquellos que guardan secretos emocionales frente a los que no lo hacen. Además, se hipotetiza que el secreto tiene desventajas de tipo social, como la soledad. Algunos autores han encontrado que la tendencia a mantener secretos correlaciona con la timidez en universitarios (Ichiyama y cols., 1993).

Los resultados en adultos sugieren que las desventajas a nivel físico, psicológico y social del secreto son sustanciales. Y esas desventajas han sido asociadas al hecho mismo de guardar un secreto, independientemente del tipo de secreto en sí.

En adolescentes se ha relacionado la reserva en su relación con sus padres con delincuencia o problemas emocionales. La investigación actual parece señalar que la revelación voluntaria puede influir, y verse influenciada, por problemas de conducta tanto internalizantes como externalizantes (Keijers y Laird, 2010), tanto o incluso más que las conductas parentales de supervisión.

Pero, ¿esto es siempre así? ¿Sin variaciones evolutivas? ¿Sin variaciones de grado? ¿Tiene que ser siempre uno franco y sincero?

No. En nuestro campo (no sé si en algún otro...) no existen verdades absolutas, no iba a ser el secreto una excepción.

La comunicación paternofilial presenta variaciones y los hijos mantienen secretos, a la vez que comparten información con los padres, haciendo un manejo de la información que consideran personal. Los chicos escogen abrirse voluntariamente, mentir, hacer revelaciones parciales, omitir detalles, evadir el tema o solo revelar información si se les pregunta directamente. Y el conocimiento que los padres tienen de las actividades de sus hijos va a depender más de estas estrategias de manejo de la información que los jóvenes usan, que de la supervisión que ellos hagan directamente (esto, que parece muy lógico, solo recientemente ha sido tenido en cuenta en la investigación). Parece que el nivel de revelación va disminuyendo con la edad. Hay un continuo entre la revelación y el ocultamiento total, que además se pone en juego con tipos diferentes de informaciones y situaciones. Para algunos autores el secreto entraría a formar parte de las estrategias de ocultamiento activo, y este extremo es el que se relaciona con la delincuencia y la ruptura de normas, más que las estrategias de revelación (Keijers y Laird, 2010). Sin embargo, no es tan sencillo, porque la relación entre el ajuste psicosocial del menor y sus estrategias de manejo de la información está mediada por la calidad de la relación con sus padres (Laird y Marrero, 2010).

Por otro lado, el secreto es una adquisición evolutiva que va modificándose según el desarrollo emocional y cognitivo. La querencia por ciertos espacios propios aparece ya en la más tierna infancia y lo hace para cum-



unsplash.com
©anniespratt

plir una función. La privacidad contribuye al crecimiento interno que se asocia con la independencia, la fuerza personal y la autonomía positiva. Y el secreto tiene el mismo valor potencial para el desarrollo formativo. Son partes de su vida a las que el menor quiere y debe enfrentarse de forma independiente. Ambos, secreto y privacidad, son el camino para la competencia interna (Van Manen y Levering, 1999).

Empecemos desgranando el término para ir viendo sus matices con detenimiento.

2 | Secreto: definición

La palabra secreto deriva del vocablo Sêcrétus, que en latín significa: “separado, apartado; particular, especial; distinto” (Munguía, 2014).

En su primera acepción, “*separado, apartado*”, se hace patente su cualidad interpersonal. Los secretos involucran al menos a dos personas, guardamos secretos de alguien. Los secretos son así interpretaciones de las relaciones humanas. Tanto cuando comparto como cuando oculto un secreto, me estoy relacionando de alguna manera con otra persona. La experiencia del secreto altera la relación. Ocultamos los secretos de las personas que nos importan. Nuestros primeros secretos suelen ser a nuestros padres o hermanos y, por ello, podemos sentir cierta ansiedad de separación al cerrarnos, puede ser una experiencia inquietante o perturbadora.

Pero también es con quien nos importa que compartimos nuestros secretos, reforzando esa relación, esa sensación de pertenencia, pudiendo sentir ambos que la relación es “particular, especial”. Y así nos acercamos, hasta físicamente incluso, al compartir un secreto con la persona escogida para ello (*shhhhhhhh*).

Pero también volverse más reservado, esconder deliberadamente información de esos otros significativos puede suponer una cierta rebelión, una forma de confrontación, una vía para crear un espacio propio. Porque guardar un secreto para sí y no revelarlo cambia también la relación con uno mismo y permite sentirse “distinto”. Representando así el secreto un papel en la adquisición de autonomía y el proceso de individuación que sabemos es la tarea estrella de la adolescencia y juventud.

Así ya desde la definición, vemos que se nos abren varias puertas con respecto a la función psicológica del secreto. Puertas que pueden traer “todos los males del mundo” (es el peligro de abrir la caja de Pandora) y puertas que pueden abrir caminos para encontrar un lugar propio, para establecer límites y diferencias e, incluso, para tender puentes entre los otros y uno mismo. Luego quizás sí valga la pena echar una ojeada con calma en esa caja.

Van Manen y Levering en su precioso libro *Los secretos de la infancia* (muy recomendable) expresan estas ideas que acabamos de exponer de esta bonita manera:

“el secreto sirve también a los valores más esenciales en la vida humana. La experiencia misma del secreto abre posibilidades para la formación de nuestro ser o identidad personal: de vivir otros mundos, de encontrar en adelante sentidos no explorados, de llegar a una conciencia interior y a un conocimiento de sí mismo y de desarrollar relaciones interpersonales especiales de intimidad y de disimulos que se facilitan ocultando y compartiendo secretos con otros.” *interpersoais especiais de intimidade e de disimulos que se facilitan ocultando e compartilhando segredos com outros.”*

“Esconder deliberadamente información de otros significativos puede suponer una cierta rebelión, una forma de confrontación, una vía para crear un espacio propio”.

3 La génesis del secreto: perspectiva evolutiva

Los niños conocen el concepto de secreto ya desde los 5-6 años. Pero su concepción del mismo es monadológica (Flitner y Valint, 1984). Es decir, un secreto es una posesión privada, un saber que el niño debe conservar para sí mismo, en cuanto otra persona lo sabe, deja de ser secreto. Los límites del secreto coinciden con los límites del yo. El hecho de tener un secreto separa así al niño de los otros. Los niños no consideran que el secreto pueda ser compartido por varios. Aunque, paradójicamente, tampoco ellos guardan su secreto bien, dado que no tienen grandes reparos en confesar sus secretos si son mínimamente interrogados al respecto. Esto es así porque, pese a que todos conocen la norma de que los secretos no deben ser comunicados, esa norma es aún extrínseca a ellos en el sentido piagetiano del término. Además, los niños aún no saben que deben ser consistentes a esa edad, eso es algo que se va aprendiendo posteriormente en la interacción social.

En cuanto al material de su secreto, a estas edades mantienen lo que consideran “el buen secreto”: secretos que no entran en conflicto con los adultos que, en cierta medida, se hallan bajo la protección del control parental, no implican riesgos y no están sujetos a prohibición. Son fáciles de inventar porque no despiertan temor ante el peligro, miedo al castigo ni sentimiento de culpa. Implican, por ejemplo algún lugar de juego solo por ellos conocido, o algún juego inventado. Distinguen entonces entre el “buen” secreto y el “malo”. Y el bueno suele ser aplicado a la esfera del juego, donde empiezan a ensayar su autonomía de modo seguro al no excluir la comunicación a los padres de aquello que consideran peligroso. El secreto malo tienen clarísimo que debe ser comunicado a los padres, prima su derecho a saber. De hecho, realmente creen que los padres tienen de alguna manera la habilidad de leer el secreto en sus mentes, por la omnipotencia que les atribuyen. Además el compartir un secreto con una figura de autoridad (padre, profesor...) proporciona un sentimiento de intimidad psíquica que es precondición para sentirse seguro y evitar la ansiedad de separación que puede provocar el guardar un secreto.

A partir de los 12 años la obligación de mantener el secreto ya se ha hecho absoluta. Aparece la faceta interpersonal del secreto y prima el deber para con el amigo que comparte contigo un secreto, censurando duramente la falta a ese compromiso. De hecho, en la primera adolescencia, los temas sobre los que los prepúberes se abren menos a sus padres tienen que ver con sus iguales, lo que puede estar relacionado con esta función del secreto que aparece en esta etapa. El secreto se asocia ahora con lo prohibido. El secreto cumple la función de evitar la censura o el castigo adulto. El secreto entre amigos surge como el factor de protección frente al control adulto. Como relatan Van Manen y Levering (1999), surgen las pandillas o bandas secretas que establecen sus propias

normas y límites, juegan en sitios especiales, lejos del control adulto y, con el juego, ensayan también nuevos espacios internos, crean un segundo mundo en el que las cosas pueden no ser como aparentan. El secreto tiene así una función formativa en el sentido de que les permite ver que las cosas pueden ser de otra manera. Y les permite una vislumbre del mundo adulto.

Posteriormente puede ir perdiendo peso esa función defensiva en favor de la función reforzadora de la amistad, se enfatiza la confianza que el otro deposita en ti. La intimidad prospera en el secreto compartido. Con frecuencia, en un corrillo de jóvenes se puede ver cómo de repente uno susurra al oído de otro, en medio de una conversación con todos los demás, y comparten risas. Muchas veces, el contenido de lo dicho es irrelevante, siendo mucho más significativo el movimiento relacional que subraya esa diada como especial dentro del grupo más amplio. El secreto no tiene por qué concernir solamente a cuestiones que son personales e íntimas, pero la experiencia del secreto implica siempre una cierta dinámica relacional entre las personas que los guardan o comparten secretos una con otras. Así, el secreto vincula “hacia dentro” a nivel social. Y a veces se guardan secretos también para proteger relaciones, si creemos que esa información puede separarnos o distanciarnos de alguien que es importante.

En cuanto a cómo viven el secreto en relación a sus padres; los adolescentes más jóvenes, viven el guardar secretos a sus padres de forma paradójica, todavía perciben su autoridad como omnipotente, por lo que les pesa el derecho de estos a saber sobre sus actividades. A medida que van creciendo los niños van perdiendo esa percepción de los padres, empiezan a verlos como personas como ellos, y surge la idea de que tienen derecho a mantener espacios privados y secretos.

El secreto también vincula “hacia dentro” limitando la propia individualidad, y así aparece la reserva típica del adolescente: se retiran a su mundo interior, a su cuarto, sus pensamientos, su música... Necesitan un lugar propio, un espacio de cobijo y seguridad donde retirarse del mundo exterior y encontrarse con lo más íntimo. Un lugar donde “uno puede estar solo para convertirse en uno mismo” (Van Manen y Levering, 1999). En este lugar podría haber lo que Kant denominaba “reserva o secreto personal”, diferenciándolo de los “secretos sociales” (los que otros nos han confiado). Kant veía una estrecha relación entre el bien moral y el hecho de ser reservado y lo diferenciaba de la inclinación a tener secretos. Para él, la reserva con nuestros sentimientos personales preserva la propia dignidad.

Pero quizás, en la relación paternofamiliar los límites entre la reserva y el secreto sean difusos, al fin y al cabo, cada persona en la comunicación realiza su propia puntuación de los hechos.

Veamos algunas notas sobre la diferencia entre privacidad y secreto.

4 Matices... Privacidad y secreto

Mientras que la privacidad conlleva la expectativa de estar libre de intromisiones, el secreto no. Es por ello que implica intentos activos para esconder la información, para ocultarla, y esto es uno de los factores que se considera que están detrás del desgaste emocional.

Por otro lado, una persona que quiere mantener su privacidad niega activamente el acceso, no solo al área del secreto, sino en general a las áreas de lo personal, lo íntimo y lo privado. El secreto define la relación, la privacidad la niega. La privacidad limita directamente el acceso que una persona tiene a otra, limitando así también su posible influencia. Impide que se viole el derecho a las propias decisiones en materias que son íntimas y personales, impide que los otros interfieran en la propia vida. Este es el sentido detrás del típico cartel de "No pasar" en la puerta del adolescente. Limita la influencia paterna demarcando su territorio, su espacio personal.

Claro que debe ser también señalado que el que una información sea considerada privada o secreta dependerá de las expectativas concretas de las personas involucradas sobre qué debe ser revelado. Teniendo eso en cuenta, y sabiendo que los padres suelen esperar que sus hijos revelen más de lo que ellos creen necesario revelar, tenemos el terreno abonado para el conflicto interaccional. Quizás una intromisión en la intimidad pueda estar provocando que se generen secretos. Por otro lado, es importante también la distinción de grado en cuanto a la reserva. Una revelación parcial que puede ser considerada por el joven como suficiente, puede verse como un ocultamiento y etiquetarse de secreto por parte de los padres, lo que puede acabar en conflicto.

La privacidad es la condición para que el secreto surja, pero está también detrás de la reserva y de la intimidad que conceden al adolescente ese lugar propio desde el que poder conformarse como persona diferenciada. Por medio del secreto y de la reserva exploramos las fronteras interpersonales, demarcamos nuestra intimidad y definimos las relaciones con los demás. Por ello es tan importante que la privacidad sea respetada, obviamente, con la lógica cercanía emocional que permita la necesaria supervisión para dar respuesta a las necesidades infantiles que aún coexisten (protección, dependencia, seguridad...).

5 Afinando: el secreto y el proceso de individuación

"Nadie puede convertirse en persona sin antes liberarse de la familia, del clan, sin hacerse consciente de su propia individualidad."

Paul Tornier (citado por Van Manen e Levering, 1999).

Como decíamos, la mayor parte de la investigación se ha centrado en las consecuencias negativas de mantener secretos, se le ha prestado mucha menos atención a sus potenciales efectos positivos. Pero sí se ha destacado que puede contribuir a la individuación ya desde la infancia y en la tarea clave de adquisición de autonomía emocional en la adolescencia (Steinberg y Silverberg, 1986, Dietvorst y cols., 2018).

Es durante el proceso de individuación que conseguimos desarrollar un *self* autónomo (Finkeauer y al., 2002). Se ha descrito que este proceso tiene dos picos. El primero ocurre en la niñez temprana, el niño pasa de sentirse fusionalmente unido a sus padres a establecer límites entre el sí mismo y los demás. Este primer proceso finaliza entre los 3-5 años de edad (Maler y cols., 1975). El segundo pico de individuación ocurre en la adoles-



unsplash.com
©delece

cencia (Blos, 1979). Los chicos y chicas deben renunciar a la dependencia paterna para establecer y consolidar sus capacidades de autorregulación y autodeterminación (Steinberg y Silverberg, 1986). A medida que van creciendo, se vuelven menos dependientes de sus padres, va ganando importancia el grupo de amigos para el soporte social, dejan de ver a sus padres de forma idealizada y empiezan a interactuar con ellos como “personas”, no solo como padres. Van ganando autonomía emocional. Este proceso, mediante el cual el joven va adquiriendo sentimientos y pensamientos propios, de forma diferenciada, es clave para que el adolescente pueda entrar en el mundo adulto; si no fuera capaz de lograr esta adquisición se mantendría en una posición regresiva de dependencia infantil. Surge entonces el deseo de intimidad, de mantenerse él, sus opiniones, sus actividades y sus proyectos al margen de los adultos. En su esfuerzo por lograr una madurez personal fuera de la influencia paterna, el adolescente se empeña en demostrar que actúa por sí mismo y que la opinión de sus padres queda en un segundo plano. Y es en este espacio propio donde cumple una función el secreto (Van Manen y Levering, 1999). Se vuelven más reservados, o no cuentan sus actividades, necesitan un espacio propio donde diferenciarse y definirse.

La emergencia de la capacidad para usar el secreto y el engaño es comúnmente considerada como un indicador del sentido del sí mismo del niño, porque refleja su habilidad para tomar la perspectiva de otra persona y diferenciar entre el sí mismo y los otros. Los niños pequeños suelen tener secretos sobre posesiones (mascotas, objetos, lugares...), acentuando la diferencia entre el *self* y los otros por el hecho de tener algo que el otro no posee. El secreto parece funcionar como una herramienta que los niños pueden usar para practicar a establecer separaciones y diferenciarse de los otros. Además, para mantener un secreto, se necesita autocontrol (para evitar que “se te escape”) y capacidad de elección personal (para decidir si revelar o no la información a otros, decidir que se lo cuento a mi amigo, pero no a mi madre...), ambos indicadores del desarrollo del *self* y de autonomía.

En la adolescencia, el secreto cumpliría la importante función de ayudar al adolescente a sentirse más independiente de sus padres y practicar su autonomía (Finkeauer y cols., 2002). manteniendo un secreto, el adolescente metafóricamente crea una frontera entre sus padres y él. Frontera que él regula revelando u ocultando la información. Esta autorregulación le aporta un sentido de autodeterminación e independencia de sus padres. Y les proporciona una oportunidad de liberarse de la supervisión paterna y conseguir privacidad para consolidar su identidad.

“Para mantener un secreto, se necesita autocontrol y capacidad de elección personal, ambos indicadores del desarrollo del self y de autonomía”.

6 | Lo que callan y lo que desvelan (cuando deciden hacerlo)

Las primeras investigaciones sobre autorrevelación ponían más el foco en las conductas parentales de supervisión como forma de tener acceso a la información sobre las actividades de sus hijos. Pero, teniendo en cuenta que a medida que los adolescentes pasan cada vez más tiempo fuera de casa, tienen muchas más oportunidades para manejar la información sobre lo que hacen en su tiempo libre, dónde van, con quién... Aumenta su capacidad para mantener secretos y para tomar sus propias decisiones sobre qué y cómo contar a sus padres. Por lo que, en realidad, lo que los padres saben sobre ellos depende más de lo que ellos quieren que sepan, que de las estrategias de supervisión paternas. Por ello, en la actualidad, la investigación se centra más en las estrategias activas de manejo de la información por parte de los adolescentes.

Los adolescentes eligen revelar u ocultar información por diferentes motivos, incluyendo intentos de afirmar su poder o manipular a sus padres, evitar la desaprobación paterna (y las consecuencias emocionales y con-

ductuales de la misma), ganar autonomía, o porque cada vez consideran más que algunos aspectos de su conducta son privados y creen que es inapropiado compartirlas con sus padres (Smetana y cols., 2006). Los jóvenes rechazan la autoridad de sus padres para regular asuntos personales que consideran que no son peligrosos, que implican a su propio cuerpo, a sus sentimientos privados y elecciones relativas a estilos en la moda o a actividades recreativas. O sobre temas sobre los que consideran que simplemente no los escucharán o no les entenderán (no irán a ningún lado hablando con sus padres, no servirá de nada).

Este rechazo a legitimar la autoridad paterna y sus reclamos sobre su propia jurisdicción en asuntos personales sugiere que los chicos y las chicas están reafirmando su área privada y realmente creen que no tiene obligación de hablar sobre ello a sus padres. Pero, como los padres sí ven esa autoridad sobre sus hijos como legítima, normalmente consideran que sus hijos tienen una obligación mayor de revelar sus asuntos personales que la que los chicos consideran tener. Y, además, suelen sobrevalorar el grado de apertura de sus hijos para con ellos.

Sin embargo, la investigación sí ha encontrado cierto acuerdo entre padres e hijos sobre la legitimidad de los padres para ser informados en cuestiones como: asuntos morales (justicia, derechos...), asuntos convencionales (normas, modales...) y asuntos relativos a la prudencia (que pertenecen a la seguridad y al confort personal o a la salud). Los jóvenes sí estarían de acuerdo en su obligación de ser abiertos en estos temas en casa (Smetana y cols., 2006).

Hunter y cols., (2011) realizan un interesante estudio multicultural con una fase cualitativa donde entrevistan a 120 jóvenes de Costa Rica, Tailandia y Sudáfrica a propósito de sus razones para hacer revelaciones a sus padres. Sobre esos hallazgos construyen un cuestionario que aplican a una muestra de 2.100 chicos y chicas de esas mismas culturas, en una segunda fase cuantitativa. Además de poner el foco directamente en los adolescentes y en sus propias razones para abrirse, este estudio tiene también la peculiaridad de añadir el interesante enfoque cultural para valorar si el estilo parental y las creencias y estilos de vida asociadas a cada cultura (por ejemplo, fomentar la independencia y el individualismo o, por el contrario, valorar más la interdependencia con el grupo familiar) tienen influencia sobre el grado de apertura de los chicos a sus familias.

De la fase cualitativa, el grupo de Hunter obtiene ocho grupos de razones que los adolescentes exponen para contar sus cosas directamente a sus padres sin que ellos pregunten:

1. "He aprendido que quiere tener esa información".
2. "Sé que me preguntará de todos modos".
3. "Lo hago para que no se preocupe por mí".
4. "Lo hago para que pueda protegerme de peligros o problemas".
5. "Me siento mejor conmigo mismo si lo hago".

6. "Si soy yo el que se lo digo primero, no tendré que contarle demasiado".
7. "Cuando soy abierto me deja hacer más."
8. "Solo le cuento las cosas que quiero que sepa".

Agrupamos las razones en 5 bloques de razones:

- *Autorrevelación adaptativa* (razones 1 y 2: he aprendido que quiere saberlo; sé que preguntará igualmente): indican cierta "conciencia de" y una "adaptación a" las expectativas paternas. Los adolescentes ajustarían su comportamiento a los deseos de sus padres. Según los autores, estas razones pueden reflejar que la autoridad y el control paternos están bien establecidos en la familia.
- *Autorrevelación centrada en los padres* (razón 3: se preocupará): refleja la relación afectiva padres-hijos. Concuerda con la relación encontrada con frecuencia en la investigación entre buenas relaciones padres-hijos y apertura de los últimos.
- *Autorrevelación orientada a uno mismo* (razones 4 y 5: para que pueda protegerme; porque me siento mejor conmigo mismo): son razones más interesadas, instrumentales, al servicio del propio bienestar. Concuerda con el hallazgo de que los adolescentes son más abiertos en cuestiones relacionadas con la prudencia o la normativa.
- *Autorrevelación estratégica* (razones 6 y 7: no tendré que decirle mucho; me permitirá más): son también interesadas, pero son más tácticas, para conseguir ventajas estratégicamente: "No me hagas preguntas, no te diré mentiras...".
- *Autorrevelación selectiva* (razón 8: le cuento solo lo que quiero): refleja claros límites en lo que voluntariamente se revela. Es consistente con la investigación previa en la que se encuentra que los adolescentes ocultan información que consideran que entra en su ámbito privado o lo hacen para evitar el castigo o la desaprobación paternas.

En la parte cuantitativa de la investigación hallan que los adolescentes usan todo el abanico de razones para abrirse y no encuentran diferencias de frecuencias. Tampoco encuentran diferencias entre culturas. Parece que cada adolescente usa varias o todas esas razones, dependiendo de las circunstancias alrededor de cada hecho que vaya (o no) a ser revelado.

En esta investigación, Hunter et al. exploraban también diversas características individuales de los adolescentes, para ver si encontraban un perfil del adolescente más autorrevelador. Hallan que la iniciativa a nivel social del adolescente (el grado en el que se implican en iniciar relaciones fuera de casa con otras personas) está positivamente asociado con la autorrevelación a través de todas las culturas y en ambos géneros. Al igual que la autoeficacia percibida. Los estilos parentales (solicitud, supervisión y aceptación) también se asocian con una mayor apertura de los hijos en general en todas las culturas estudiadas.

En nuestro país los datos parecen ser similares. El sociólogo Javier Elzo explica en su libro *El silencio de los adolescentes*, tras haber hecho un estudio con más de 4.000 jóvenes españoles entrevistados, los grandes temas que suscitan mayor reserva. A saber: la vida sexual, el uso del tiempo libre, todo lo relacionado con los consumos de alcohol y drogas y cuestiones relacionadas con pequeños hurtos. Dice que también son reticentes a hablar de sus “depresiones” (momentos de bajón asociados a problemas personales o a la inestabilidad emocional propia de la fase evolutiva), de sus conflictos escolares o de la violencia entre amigos.

Elzo destaca la buena comunicación actual en las relaciones paternofiliales en nuestro país, en comparación con la ausencia de estos espacios de acercamiento dentro del estilo autoritario propio del siglo pasado. Pero explica que incluso en las familias más compenetradas el “pero no todo” es la quintaesencia de la comunicación.

Cierto es que muchas veces se omiten datos por miedo al castigo (es evidente si ojeamos los temas sobre los que son más reservados), pero fuera de eso, Elzo considera que la barrera para abrirse abiertamente tiene más que ver con el pudor que con la desconfianza; más con una guarda de la propia intimidad, que una distancia profunda. Elzo ve esa reticencia a contarlo todo como una muestra del proceso de autonomía de los adolescentes y defiende el derecho de los jóvenes a conservar reductos de intimidad que les permitan aprender a gestionar ellos solos “sus fobias y sus filias”.

En suma, los adolescentes tienen diversas razones para abrirse, mantener reservas y secretos o directamente mentir. Hacen un manejo de la información característico de un razonamiento maduro, deliberado, sensible, proactivo y tanto auto como hetero-orientado.

7 El secreto en la era de los nativos digitales.

Max van Manen, el mismo pedagogo del maravilloso *Los secretos de la infancia. Intimidad, privacidad e identidad*, escribe recientemente un interesante artículo que reflexiona sobre los efectos de las nuevas tecnologías de la comunicación y las redes sociales actuales, en la experiencia de los jóvenes de la privacidad, el secreto, la soledad o la intimidad.

Para describir el efecto de las nuevas tecnologías de la comunicación sobre la intimidad, Van Manen parte del mito griego de Momus (hijo de Nyx y dios de la burla y el sarcasmo) y su conflicto con Hephaestus, el dios de la tecnología y la artesanía. Parece ser que, a petición de Zeus, quien quería un nuevo tipo de ser humano (Prometheus solo había incluido varones), Hephaestus crea a la primera mujer (Pandora) de la arcilla. Pero después se enzarza en disputa con Athena, que

había concebido una casa, y Poseidon, que había hecho un toro; por ver cuál de las tres creaciones era superior. Así que se le pide a Momus que arbitre en la disputa y este, conocido por sus habilidades criticando, da un buen repaso a los tres. De la casa dice que no vale porque no se puede trasladar y así no puedes librarte si los vecinos que te tocan son complicados. Ridiculiza al toro por no tener ojos en los cuernos para empitonar con más atino. Y critica a la mujer creada por Hephaestus por no haberle colocado una ventana o una puerta en el pecho, para poder así ver sus más secretos pensamientos y sentimientos. Según Van Manen, esa tecnología para visualizar la vida interior de las personas ya ha llegado con las redes sociales.

Así, las nuevas tecnologías ponen en juego la privacidad que, como hemos visto, es necesaria para construir un *self* autónomo. No solo porque claramente la violan, sino porque además la trivializan. Pareciera que para la generación digital el significado real de lo privado está cambiando, sino desapareciendo, desde que se comparte en redes como Facebook lo que solía ser secreto y personal. Lo que uno guardaba para sí o escogía celosamente con quién compartir, ahora forma parte del “muro” y se comparte con cientos o miles de amigos. Y lo más curioso (aun) es que a algunos de esos amigos ni siquiera se los conoce personalmente o son personas con las cuales hace años que ni te sientas a compartir un café. Escribimos en una pantalla, para ser visto por hordas de personas y dejar de estar controlado por nuestras manos, aquello que solía quedar resguardado en la intimidad del diario personal.

Van Manen reflexiona sobre estas nuevas formas de intimidad digital en las que lo privado se publicita y cómo difieren estas nuevas relaciones en las que las personas están separadas en el espacio, y a veces en el tiempo, de las tradicionales relaciones cara a cara.

Los jóvenes (bueno, y todos los demás) se ven irremediamente atraídos por estas tecnologías diseñadas para ser persuasivas, a compartir comentarios sobre sus pensamientos, sentimientos, imágenes de su día a día, sus planes, sus sueños... Podría ser que ya no se experimentara la privacidad como solía hacerse. Parece que no la necesitaran, al menos en su sentido más tradicional, o quizás tengan un concepto distinto de la misma en la actualidad. Quizás ese mundo virtual les permita experimentar con su *self*, y la identidad digital sea en realidad más un deseo que el reflejo de lo que “realmente” son. En ese sentido, quizás por eso no se vean realmente invadidos en su privacidad, puesto que lo que comparten es más bien una imagen ideal.

No hay dudas hoy en día de que las personas exponen su intimidad online. Pero todavía no hay consenso sobre el significado y el alcance de esto. Baumann habla de que vivimos en una sociedad confesional “que se caracteriza por extinguir la frontera que antes había entre lo privado y lo público; que eleva a virtud y obligación social la exhibición pública de lo privado; y que elimina del espacio público de

comunicación todo lo que no permite ser reducido a una confesión personal; junto con todos aquellos que rechacen confiarse a este espacio público”. (“Un diálogo entre Zygmunt Baumann y David Lyon- El fin del anonimato: lo que los drones y Facebook tienen en común” 2013, en www.ssociologos.com)

Según Van Manen otras posturas explican la autoexposición y la erosión de la intimidad y la privacidad aludiendo al miedo a la soledad (esto podría afectar particularmente a los adolescentes, el miedo a no ser visto puede ser épico en este momento vital de máxima fragilidad en cuanto a la imagen personal y máxima dependencia de la aprobación social¹); un nuevo narcisismo social, un concepto de privacidad cambiante...

No podemos olvidar que para algunas personas, la comunicación online está irónicamente provista de un sentido de profundidad y de cercanía, quizás por la inmediatez y porque te “acerca” a personas que pueden estar físicamente muy lejos. Así, la intimidad digital puede ofrecer la ilusión de intimidad, aunque cualquiera pueda acceder a ese “espacio” compartido entre dos y en realidad sea una intimidad más “polígama”.

Otra explicación es que realmente haya quien prefiera ese tipo de contacto, porque se siente menos expuesto y penetrado por la mirada directa de otra persona, que en la intimidad cara a cara, y esto le permita realmente abrirse de otra manera que en las relaciones no mediatizadas. También al leer en la pantalla las palabras de otro podemos dejarnos agitar sentimentalmente de un modo más libre, sin la rigidez y las ataduras que la timidez nos impone en el directo, y así vernos afectados de un modo más profundo en la relación íntima.

Van Manen no encuentra respuesta a la pregunta de cómo podemos en el contexto tecnológico actual tener aun oportunidades para experimentar el secreto y lo oculto en las relaciones virtuales. Y le preocupa cómo harán los jóvenes para poder disfrutar de los efectos formativos de la soledad, la privacidad y el secreto en la sociedad actual que nos demanda de forma frenética e implacable estar constantemente conectados.

Ciertamente es un tema complejo, que deberá ser objeto de observación, debate y estudio en los próximos años.

Para saber más sobre el tema recomiendo el completo ensayo de la socióloga Sibilía *La intimidad como espectáculo*.

¹ Para un ejemplo distópico de las consecuencias máximas que podría tener la invisibilidad social en la era digital ver el episodio “Nosedive”, primero de la tercera temporada de la magnífica serie *Black Mirror* de Charlie Brooker.



unsplash.com
©Thiago Cerqueira

8 Conclusión

Hemos visto que quizás el secreto no merezca del todo esa mala fama que repetidamente se le ha adjudicado, sino que cumple una importante función en el proceso de individuación y de autonomía emocional que son tareas básicas del adolescente.

No negamos las consecuencias negativas del secreto reflejadas con frecuencia en la literatura, pero debemos hacer una lectura amplia y tener en cuenta que mantener secretos requiere un “trabajo” psicológico que puede desgastar, y ese desgaste puede estar detrás de las quejas físicas y de los problemas emocionales (hablamos al final de supresión emocional que puede ligarse a una preocupación obsesiva y, por ende, a psicopatología). Por otro lado, el tipo de información que se mantiene en secreto es importante. Los adolescentes suelen tener dificultades para reconocer sus fracasos, porque falsamente asumen que el resto del mundo se las arregla mejor que ellos. Si ocultan sus fracasos de los demás, se privan del apoyo emocional que les podría ayudar a gestionar mejor esas emociones. Por otro lado, si aquello que ocultan a sus padres tiene relación con una parte nuclear de su *self* que niegan para complacer a sus padres (por ejemplo, la orientación sexual), es más lógico que ese tipo de secretos tengan consecuencias emocionales negativas para el joven. Además, no podemos olvidar el papel mediador de la calidad de la relación paternofilial con respecto al mal ajuste y al ocultamiento.

Equilibrar la necesidad de autonomía y privacidad con la supervisión de los hijos es un reto, pero es esencial para mantener unas interacciones familiares sanas. A medida que los adolescentes maduran no queda otra que realinear las relaciones paternofiliales para dar respuesta a sus necesidades de independencia y autonomía.

La tarea parental en la adolescencia es favorecer el proceso de independencia de los jóvenes, promover su autonomía emocional y ayudarles en la adquisición de una identidad diferenciada. Va a ser necesario superar la sensación de pérdida de control sobre los hijos, lo que permitirá una mayor flexibilidad para ir pasando a un segundo término y dejarles a ellos el lugar protagonista. Evidentemente no es tarea fácil con los duelos que esto implica como padre (por el hijo que ya no será más un niño, por la propia juventud perdida...). Pero, en un chico sano, cuanto menos se facilite su proceso de independencia y diferenciación, mayor será la lucha de este por su propio espacio, con todo el desgaste que esto conlleva a nivel relacional.

La autonomía emocional es una espada de doble filo a la que los padres lógicamente temen. Cuando los adolescentes la logran, pierden también algo de la seguridad que ofrece la protección paterna. El adolescente sentirá esa dicotomía de mayor capacidad para gestionarse a sí mismo, pero con el coste de mayores sentimientos de inseguridad, con los que tendrá que lidiar.

En cuanto a los secretos, se ha visto que los adolescentes están más dispuestos a abrirse cuando los padres hacen preguntas y cuando la relación padres hijos está caracterizada por altos niveles de confianza mutua, aceptación y es una relación de calidad (Keijsers y Laird, 2010). Una buena aceptación paterna (calidez, soporte...), se asocia con más apertura y menos secreto, incluso en cuestiones personales. Cuanto más vean los adolescentes el hacer revelaciones personales como algo que pueden decidir libremente, más que sentirse obligados a ello, más cómodos se sentirán para abrirse (Smetana y cols., 2006)

Aunque los padres suelen creerse en legítimo derecho de saber de la vida personal de su hijo, los adolescentes no siempre se mostrarán de acuerdo o no lo harán en todas las facetas; y responderán defendiendo sus límites, por ejemplo, manteniendo secretos. Los padres pueden responder de forma positiva o negativa a su reserva y a sus secretos. De su respuesta derivará que los chicos se sientan controlados o, por el contrario, conectados a sus padres. Y ese sentimiento se relaciona a su vez con la apertura hacia sus padres, de forma que sentirse conectado lleva a abrirse mucho más que el sentirse controlado. Según la Teoría de la Gestión de la Privacidad de la Comunicación (CPM, Petronio, 2002), el experimentar una percepción de pérdida del control deseado sobre el propio territorio privado motivaría al adolescente a reclamar ese control tanto por confrontación como por técnicas subversivas. El trabajo empírico sobre esa teoría sugiere que los sentimientos de una invasión en la privacidad preceden a un incremento en el secreto sobre las actividades rutinarias y una disminución del conocimiento de los padres sobre las mismas. Por suerte, parece que el aumento en el secreto disminuye la invasión de la privacidad por parte de los padres (Dietvorst y cols., 2018). Así que el mecanismo parece funcionar de forma satisfactoria restaurando la privacidad y promoviendo la autonomía.

Entonces, teniendo claro que el desarrollo de una identidad separada está relacionado con el desarrollo de la capacidad para el secreto en la infancia, se hace evidente la importancia de dejarles ese lugar para el desarrollo del espacio interno. Van Manen y Levering (1999) abogan, tanto para padres como para maestros, por una “forma funcional” de ignorancia, no sabiendo exactamente qué está pasando por su mente y no sabiendo exactamente qué hace el niño, podrán guiarle adecuadamente hacia una edad adulta permitiendo la emergencia de su propia individualidad. Es importante reconocer desde el principio el derecho del niño a la privacidad. Proporcionarles espacios privados, tiempo para ser ellos mismos, actividades que puedan tener un sentido personal.

En fin, no sé si lo digo con la boca pequeña o tan grande como debería, pero finalizaré este artículo con un deseo que es toda una declaración de intenciones: “No, ojalá mi hijo no me lo cuente todo”.

LA IMPORTANCIA DE LA CONFIDENCIALIDAD EN PSICOLOGÍA APLICADA

José Luis Rodríguez-Arias Palomo

PSICÓLOGO CLÍNICO

✉ rodarias2@gmail.com

RESUMEN: La confidencialidad da sentido al ejercicio profesional de la Psicología cualquiera que sea su ámbito de aplicación. Es básica para que los clientes desvelen su intimidad en un clima de confianza. Otras profesiones tienen en la confidencialidad el asiento para el desarrollo de su labor profesional, pero en Psicología alcanza una importancia especial, porque especial es la trascendencia de la intimidad que se expone en una consulta de Psicología. Se discuten los argumentos a favor y en contra de mantener la confidencialidad frente a la seguridad personal, en los informes psicológicos y en relación a confidencias. Partiendo de unos ejemplos se analizan las opciones disponibles. No se ofrece una solución definitiva, sino la oportunidad de reflexionar sobre los ejemplos para encontrar alternativas y fundamentos a los que recurrir cuando el lector se encuentre en dilemas éticos similares. Se concluye que defender la confidencialidad contribuye al prestigio de la Psicología.

PALABRAS CLAVE: Ética, confidencialidad, deliberación

ABSTRACT: Confidentiality provides meaning to the professional practice of psychology, whatever its field of application. It is essential for clients to reveal their privacy in a climate of trust. Other professions also ground their practices on confidentiality, but confidentiality is particularly important in psychology, given the special relevance of the intimacy being exposed in a psychology consultation. The arguments for and against maintaining confidentiality are discussed through three frequent cases of psychological work: confidentiality versus personal security, psychological reports, and confidences. Based on some examples, the available options are discussed. Rather than providing definitive solutions, this work offers the reader the opportunity to reflect on the examples to find alternatives and foundations to turn to when faced to similar ethical dilemmas. It is concluded that protecting confidentiality contributes to the prestige of Psychology.

KEY WORDS: Ethics, confidentiality, deliberation.

SUMARIO:

- 1 La confidencialidad frente a la seguridad personal.
- 2 La confidencialidad en los informes psicológicos.
- 3 Las confidencias en el curso de una intervención psicológica.
- 4 Comentario final.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Beauchamp, T.L. y Childress, J.F. (1979). *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press. (Principios de ética biomédica. Barcelona: Masson, 1999).

Bordin, E.S. (1994). Theory and research on the therapeutic working Alliance: New Directions. En A.O Horvath y L.S. Greenberg (eds.), *The working Alliance: Theory, research and practice* (pp. 13-37). New York: Wiley and sons.

Constitución Española (1978). BOE, 29/12/1978.

Consejo General de la Psicología de España. (1987). *Código Deontológico de la Psicología*. Madrid.

Fisch, R. Weakland J.H. y Segal, L. (1982). *The tactics of change*. San Francisco-Washington-London. (La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia. Barcelona: Herder. 1984).

Gracia, D. (2001). La deliberación moral: el método de la ética clínica. *Medicina clínica*. 117(1), 18-23.

Hawton, K., Witt, K.G., Taylor Salisbury, T.L., Arensman, E., Gunnell, D., Hazell, P., Townsend, E. y Van Heeringen, K. (2015). Pharmacological interventions for self-harm in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Issue 7. Art. Nº: CD011777. DOI: 10.1002/14651858.CD011777.

Horvath, A.O., Del Re, A.C., Flückiger, C. y Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. *Psychotherapy*. (48)1, 9-16

Huband, N., Ferriter, M., Nathan, R. y Jones, H. (2010). Antiepileptics for aggression and associated impulsivity. *Cochrane Database Systematic Review*. 17(2). https://www.cochrane.org/CD003499/BEHAV_antiepileptic-drugs-for-treating-recurrent-aggression

Jones, R.M., Arlidge, J., Gillham, R., Reagu, S., Van den Bree, M. y Taylor P.J. (2011). Efficacy of mood stabilisers in the treatment of impulsive or repetitive aggression: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*. (198), 93-98.

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, 15/11/2002.

Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. BOE, 6/12/2018.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE, 24/11/1995.

ONU (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. Naciones Unidas. http://www.cnrha.mscbs.gob.es/documentacion/bioetica/pdf/Universal_Derechos_Humanos.pdf

Real Decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal. BOE 17/10/1882.

Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil. BOE 25/7/1889

Reich, W.T. (Ed.). (1995). *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Macmillan.

Rodríguez-Arias, J.L., Fontecilla, G., González, M. y Ramos, M. (1996). Aplicación de un modelo de Terapia Familiar Breve en una Unidad de Salud Mental. En A. Espina y B. Pumar (Ed.), *Terapia Familiar Sistémica. Teoría, Clínica e Investigación* (pp. 271-286). Madrid: Fundamentos.

Watzlwick, P., Beavin, J.H. y Jackson D. D. (1967). *Pragmatics of Human Communication*. New York: W.W. Norton. (Teoría de la Comunicación Humana. Barcelona: Herder. 1981 (2ª ed.)).

1 La confidencialidad frente a la seguridad personal

Fernando¹ está siendo tratado en la Consulta de Psicología de una Unidad de Salud Mental (USM) como medida alternativa a condena penitenciaria. Tiene 40 años y ha pasado 15 en prisión por delitos relacionados con el tráfico de estupefacientes y robo con violencia. Sus objetivos son volver a trabajar y ampliar su red social, muy deteriorada por su larga estancia en la cárcel. El psicólogo² a cargo del tratamiento piensa que para ello es preciso que no abuse del alcohol, ni de la medicación pautada por la psiquiatra y que se implique en actividades en las que pueda entrar en contacto con otras personas. Por indicación terapéutica está colaborando en la recogida de alimentos para distribuir en asociaciones benéficas. En general, su comportamiento es correcto, pero excepcionalmente abusa del alcohol y de los ansiolíticos. En estos episodios tiene algunos altercados en los que amenaza públicamente a compañeros. Según se puede deducir de su relato, cuando bebe se pone especialmente suspicaz, tolera mal que le lleven la contraria en temas de poca importancia o que la coordinadora del equipo le pida un trabajo que él cree que no tiene que hacer. En estas circunstancias se marcha con malas formas, insultos y amenazas sin pasar, en ningún momento, a la agresión física. Gracias a la mediación del psicólogo le han readmitido en tres o cuatro ocasiones.

En una consulta, Fernando habla de problemas sentimentales con su expareja. Él quiere retomar la relación y ella no. Cuando no puede soportar la ansiedad que le genera su negativa, bebe en exceso y toma más ansiolíticos de los pautados sin que ni lo uno ni lo otro alivien la frustración que siente. Fernando dice que tiene que convencerla por las buenas o por las malas. Piensa que ella está influida por su familia, en particular por su padre, quien cree que Fernando es un delincuente. No le perdona los problemas que ha tenido con la justicia que, para Fernando, son cosas del pasado. En una sesión de psicoterapia dice que si ella no accede a retomar la relación está dispuesto a matarla y a su padre también, para luego suicidarse, porque no piensa pasar ni un minuto más en la cárcel. Afirma que por ese motivo está haciendo todo lo que le proponen los profesionales para su reinserción.

El psicólogo le plantea que sus planes son inaceptables; le pide tiempo y la posibilidad de comentar sus intenciones con quien considere oportuno, incluida su expareja y el padre de esta. Fernando concede el tiempo, pero no autoriza al psicólogo a hablar de sus intenciones con nadie y menos con ella. Le da nueva cita para la siguiente semana y le pide el compromiso de no tomar ninguna decisión hasta esa fecha ni, por supuesto, hacer ningún daño a nadie.



freepick.com

Al terminar la sesión, el psicólogo, preocupado, se cuestiona si debe asumir la incertidumbre y esperar a la próxima consulta para buscar con Fernando alternativas que eviten el riesgo de homicidio. ¿Es la relación terapéutica lo suficientemente intensa como para suponer que va a cumplir los compromisos adquiridos?, ¿coopera y cumple las indicaciones del tratamiento lo suficientemente bien como para confiar en él? O por el contrario, ¿debería prevenir

- 1 Todos los nombres que figuran en los ejemplos son ficticios y las circunstancias modificadas para proteger su identidad.
- 2 Este artículo está escrito en masculino para no hacer su redacción y lectura innecesariamente tediosas. En aras de la igualdad y la no discriminación, el género de la redacción se corresponde con el sexo del autor.

“La Bioética no va a dar al psicólogo una única respuesta, pero sí le va a ayudar a reflexionar”.

a su expareja, al padre de esta, o a ambos, de las intenciones de Fernando y del riesgo que corren para que se protejan?, ¿será mejor poner las amenazas en conocimiento de la policía o de un juez?...

En este trabajo se pretende llevar a cabo un análisis bioético de algunos problemas que tienen que ver con la dificultad de preservar la confidencialidad en salud mental. La Bioética es una parte de la Ética que estudia “la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y de los principios morales” (Reich, 1995). En el caso descrito, ¿qué valores y principios morales son relevantes?, ¿los de quién?, ¿de Fernando?, ¿del psicólogo?, ¿de la expareja?, ¿del padre de esta?, ¿del psiquiatra?, ¿de todos ellos?, ¿también los de la sociedad? La Bioética no va a dar al psicólogo una única respuesta, pero sí le va a ayudar a reflexionar para que tome una decisión que tenga en cuenta los valores de todas las personas implicadas, incluidos los propios. Porque lo que caracteriza a la Bioética es su forma de resolver dilemas y tomar decisiones (Gracia, 2001).

Muchos son los valores en juego: la seguridad de las personas amenazadas (y, en última instancia, la vida de la expareja y la de su padre), la reinserción de Fernando, su libertad, su derecho a decidir -autonomía-, su intimidad, que libremente revela al psicólogo... y por la parte de este su obligación de secreto, su competencia y responsabilidad en el ejercicio profesional, la eficacia de los procedimientos terapéuticos, la credibilidad de su profesión... También su seguridad personal, que puede verse amenazada, tanto por Fernando -si el psicólogo decide denunciarlo-, como por la justicia, si decide mantener la confidencialidad y finalmente Fernando agrede o mata a su expareja o su padre. Probablemente el conflicto ético más relevante en este caso sea, de un lado la “seguridad” y de otro la obligación de secreto. O, en otras palabras, la integridad física de la expareja y de su padre, puesta en cuestión por las amenazas de Fernando, frente a la obligación de secreto profesional y el compromiso de confidencialidad que el psicólogo tiene con su cliente³.

Valores

1. La integridad física, la seguridad y, en última instancia, la vida.

“Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.”
(Derechos Humanos, art. 3)

La vida humana está protegida por el derecho natural, que es anterior a cualquier norma escrita y se fundamenta en la propia naturaleza humana. Sin embargo, dista mucho de tener un valor absoluto. Por poner un ejemplo, entre los muchos que se podrían elegir, la Constitución Española (CE) de 1978 en su artículo 15, reconoce explícitamente el “derecho a la vida y a la integridad física y moral”; declara abolida la pena de muerte, “... salvo lo que puedan disponer las leyes penales militares para tiempos de guerra”. Es decir, en el mismo párrafo en el que se declara el derecho a la vida, se articula la excepción en contexto bélico. Y no es la única excepción: en el final de la vida, a menudo se dan circunstancias en las que morir es preferible a seguir viviendo. No obstante, la integridad física y, en última instancia, la vida, es un valor de crucial importancia, ya que es el soporte

³ Hay diversos términos para referirse a las personas que demandan atención psicológica. Con independencia del contexto de procedencia de los ejemplos, en este artículo se les llama de forma genérica “clientes”. La confidencialidad es un valor transversal para los muy diferentes contextos de la Psicología Aplicada.

y condición de posibilidad de la mayor parte de los derechos y suele considerarse un valor previo y superior a cualquier otro. Los profesionales tienen la obligación de ser proactivos en la defensa de ese valor.

2. Intimidad, secreto profesional y confidencialidad.

La intimidad también es un valor de primera importancia. Probablemente uno de los más importantes después de la integridad física y la vida. La CE en su artículo 18.1 "...garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen". El artículo 39 del Código Deontológico de la Psicología (CDPs) protege la intimidad de los clientes recomendando que el profesional solo acceda a la información que le resulte imprescindible para hacer el trabajo que se le pide.

El deber de secreto es una de las obligaciones centrales de los profesionales, porque es la base sobre la que se asienta su relación con los clientes, quienes les revelan su intimidad conoedores de su deber de secreto, que viene recogido en los artículos 40 a 49. En este último se recuerda que la obligación de secreto se mantiene incluso después de que el cliente haya fallecido.

En la confluencia entre el derecho a la intimidad y el deber de secreto está la confidencialidad, que atañe no solo a lo que los profesionales consideran que deben callar, sino a todo lo que los clientes consideran íntimo y no autorizan a revelar. Es decir, la confidencialidad es un concepto interactivo: su contenido lo decide el cliente y lo ejecuta el profesional. En el CDPs se hace referencia a la confidencialidad cuando se explicita que solo el cliente puede eximir al profesional de su obligación de secreto (Art. 39, en relación a la información íntima "... y siempre con la autorización del cliente"; Art. 41, en relación a las evaluaciones e intervenciones "... solo puede comunicarse a terceras personas con expresa autorización previa del interesado y dentro de los límites de esa autorización."; Art. 47, en relación a la presencia de terceras personas o alumnos "... se requiere el consentimiento previo del cliente").

3. Autonomía.

Además de los dos valores anteriores es necesario tener en cuenta la *autonomía* del cliente. Los profesionales guían su buena práctica con los criterios de no hacer daño *-no maleficencia-* y buscar el mayor bienestar de su cliente *-beneficencia-* (Beauchamp y Childress, 2001). A partir de la consideración de la autonomía del cliente como criterio a tener en cuenta en el proceso de deliberación, el no hacer daño y la búsqueda del mejor bien tiene que contar con la aquiescencia y el acuerdo de los clientes. Al profesional no le basta con su propio juicio de lo que, según su experiencia, es bueno o malo para su cliente, sino que necesita cerciorarse de que lo que propone es deseado por el cliente.

La Ley de Autonomía (LA) da al paciente la capacidad para decidir, dentro de ciertos límites, sobre su vida y su salud (art. 2.3. "El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles") y equipara la correcta gestión de la información a la buena praxis técnica (art. 2.6. "Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no solo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente"). Su consentimiento, generalmente verbal, es la expresión de la autonomía de los clientes, y en la LA se recomienda que se haga

"El deber de secreto es una de las obligaciones centrales de los profesionales, porque es la base sobre la que se asienta su relación con los clientes, quienes les revelan su intimidad conoedores de su deber de secreto".

por escrito cuando los procedimientos son invasivos y cuando pueden suponer un perjuicio para el cliente.

La autonomía como valor, o lo que es lo mismo, los deseos de los clientes, es un criterio que influye, necesariamente, en el proceso de deliberación que se requiere para resolver un dilema ético entre cualesquiera otros valores.

El dilema

Si el psicólogo de Fernando opta por defender la integridad física del cliente, de la expareja de este, y del padre de esta, tiene que prevenirlos de la amenaza o, en su defecto, informar al juez o denunciar a la policía, divulgando en los tres casos una parte de la intimidad de su cliente para lo cual está expresamente desautorizado.

Si decide cumplir con su deber de secreto, preservar la intimidad de su cliente y mantener su compromiso de confidencialidad, que es lo que le pide Fernando, está poniendo en peligro la seguridad de las tres personas implicadas.

¿Qué pesa más, la seguridad de las personas o el compromiso de confidencialidad? ¿Debe el psicólogo optar por prevenir a la expareja y a su padre? ¿Debe confiar en que Fernando no cumplirá sus amenazas? ¿Debe denunciar en la policía o en el juzgado lo ocurrido en su consulta?

Las soluciones extremas rara vez son sostenibles desde un punto de vista ético porque al defender uno de los valores se conculca absolutamente el otro (Gracia, 2001). El proceso de deliberación aspira a proporcionar una solución que preserve en mayor o menor medida ambos valores, aunque, por otro lado, ambos pueden resultar parcialmente comprometidos.

Las soluciones

1. Hacer caso omiso de las peticiones de Fernando y denunciarlo a la policía o ponerse en contacto con la expareja para prevenirla del peligro que corre.

En ambos casos el psicólogo decide no mantener su compromiso de confidencialidad con Fernando. Sabe que falta a su obligación de secreto [Código Penal (CP) art. 199 y CDPs art. 40 y 41]; sabe que compromete la relación de confianza con Fernando (*Alianza terapéutica*), que es imprescindible para que su rehabilitación psicológica y social siga adelante y, tal vez, sea una garantía para que Fernando no vuelva a delinquir, lo que no deja de ser una medida de protección para la seguridad de las personas implicadas. A cambio, supone que, al menos a corto plazo, denunciándolo se las protege mejor. El psicólogo delega su responsabilidad en la autoridad y supone que tomará medidas para preservar la integridad de las personas amenazadas.

2. Hablar con la psiquiatra que le está tratando para valore la posibilidad de aumentar el tratamiento farmacológico que ayude a que Fernando controle su comportamiento.

El psicólogo decide, en contra de su compromiso de confidencialidad, hablar con la psiquiatra, que también está tratando a Fernando y, por tanto, en las mismas condiciones de confidencialidad que él. El desempeño profesional de la Psicología casi siempre se desarrolla en equipo, para lo cual es necesario que los clientes autoricen que los profesionales compartan la información necesaria para tomar decisiones consensuadas. Para asumir que Fernando da este consentimiento sería necesario que se hubiera hecho explícito al inicio de la intervención. Hablar con la psiquiatra es una solución generalmente asequible y tiene la ventaja de compartir la responsabilidad sobre la evolución de Fernando que, de hecho, ya está compartiendo, puesto que la psiquiatra también le está tratando. Tiene el inconveniente de que el control farmacológico del comportamiento es una medida de muy pobre eficacia, tanto para el control de los impulsos (Jones et al., 2011; Huband, Ferriter, Nathan y Jones, 2010), como para la ideación suicida (Hawton et al., 2015).

3. Organizar una reunión con los profesionales que tratan a Fernando para decidir de manera consensuada cómo reaccionar en esta situación.

Esta opción, similar a la anterior en cuanto a la confidencialidad, ofrece la posibilidad de decidir tras un proceso de deliberación en el que participen diferentes profesionales, con formación diferente y con experiencias diversas en su relación con Fernando. El trabajo interdisciplinar permite dar un fundamento más sólido a las decisiones que se tomen. En su contra tiene el factor tiempo y la falta de disponibilidad: es difícil encontrar el momento para celebrar una reunión de este tipo y si no se consigue hacerlo en un plazo inferior al previsto para la siguiente consulta; no es una solución pragmática.

4. Adelantar la cita de Fernando para tener una entrevista en la que trabajar con el problema y buscar otras opciones.

El psicólogo acorta el plazo hasta la siguiente intervención con la idea de prevenir que Fernando lleve a cabo sus amenazas. En esa entrevista se puede insistir en la desproporción e inaceptabilidad de sus amenazas, en especial para él y sus intereses. A continuación se pueden promover comportamientos alternativos que satisfagan a Fernando y reduzcan el riesgo de daño a terceros y a sí mismo. También tratar con Fernando la problemática emocional que supone para él la negativa de su expareja a reiniciar de nuevo la relación y buscar alternativas que lo satisfagan lo suficiente como para que, incluso bajo los efectos del alcohol y las drogas, pueda garantizar la seguridad de su expareja, del padre de esta y de él mismo. Este trabajo es relativamente frecuente en psicoterapia y está al alcance de cualquier psicólogo mínimamente experimentado. Pero también está sujeto a la incertidumbre del resultado. En psicoterapia, no siempre que se trabaja bien se consigue el resultado deseado. No obstante, la entrevista con Fernando da opción a desarrollar nuevos cursos intermedios de acción. Si las

maniobras terapéuticas no tuvieran el resultado deseado, siempre se puede volver a discutir con él los límites de la confidencialidad -frente a daños a terceros, por ejemplo- u obtener un consentimiento para gestionar la información con libertad y siempre en su beneficio. Apelando a su confianza y demostrándole lealtad, el psicólogo puede asumir el compromiso de no revelar nada que entrañe para Fernando algún peligro de volver a prisión, a cambio de que lo autorice para hacer uso de la información según su criterio profesional. Puede promover un ingreso programado, si Fernando no se siente con la posibilidad de comprometerse a no hacer daño; o aumentar su disponibilidad para, llegado el caso, que Fernando lo llame por teléfono, adelante la cita o lo informe de que está teniendo dificultades para cumplir su compromiso de no hacer daño. Cualquiera de estas medidas debe ser conocida y autorizada por Fernando, incluso si no está de acuerdo.

5. Llamar por teléfono a Fernando para reevaluar el riesgo de que cumpla sus amenazas antes de tener oportunidad de tratar con él en la próxima consulta prevista.

La llamada telefónica, frente a adelantar la consulta, tiene a su favor el factor facilidad y en contra la limitación para las maniobras comunicativas. Es muy factible contactar telefónicamente con Fernando para hacer una reevaluación del riesgo y de su compromiso. Según cuál sea esta valoración, se puede aprovechar la llamada para adelantar la consulta o programar una intervención de urgencia. A cambio, la conversación telefónica ofrece posibilidades comunicativas limitadas para la búsqueda de alternativas satisfactorias para Fernando y para renegociar el compromiso de confidencialidad.

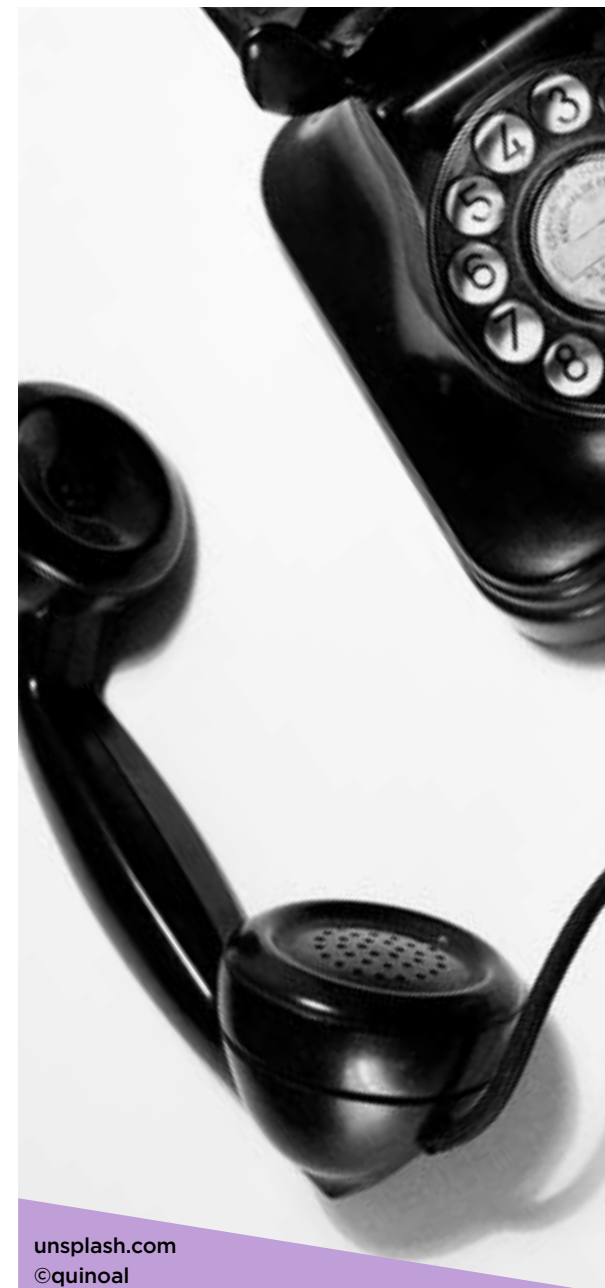
6. Esperar hasta la próxima consulta sin tomar ninguna medida adicional para evitar el riesgo de que Fernando incumpla su compromiso.

El psicólogo decide confiar en Fernando: espera que, siguiendo sus indicaciones, no haga nada que ponga en peligro la integridad de su expareja o la suya propia. Se basa en que, hasta el momento, siempre ha colaborado con el tratamiento cumpliendo las prescripciones terapéuticas. Sin embargo, también hay circunstancias en las que, bajo el efecto del alcohol, las drogas, u ofuscado por contrariedades, a veces nimias, exhibe un comportamiento violento que parece escaparse a su autocontrol. Esta opción cumple escrupulosamente con el deber de secreto y la obligación de confidencialidad (CP, art. 199 y CDPs, art. 40). Por otro lado, el psicólogo sabe que divulgar una información en contra de la autorización de su cliente supone una deslealtad, que pone en peligro la continuidad del tratamiento, derivándose un perjuicio para Fernando y para su entorno más cercano. Sin embargo, no se puede prever con seguridad si Fernando cumplirá o no sus amenazas, si volverá a consumir alcohol y drogas, si recibirá una nueva negativa de su expareja y si, en consecuencia, perderá el control o respetará su compromiso terapéutico.

En conclusión

Siguiendo el método de Gracia (2001) habría que descartar tanto la primera como la última opción, al conculcar de manera absoluta, bien el valor de la confidencialidad, bien el de la seguridad. En uno de los casos se viola el compromiso de confidencialidad en aras de la seguridad y en el otro pasa lo contrario: se pone en riesgo la seguridad para mantener el compromiso de confidencialidad adquirido con el cliente. Las otras cuatro opciones son éticamente aceptables y cada profesional decide de acuerdo a la valoración que haga según su propia reflexión.

La confidencialidad es la base de la relación profesional para el trabajo en Psicología. Los clientes cuentan lo que cuentan porque saben del deber de secreto profesional. Paralelo a este deber está el derecho a la intimidad (CE, art. 18). De la conjunción de ambos nace la confidencialidad [Ley de Protección de Datos (LPD), art. 5], que es a la vez un deber del profesional y un derecho del cliente.



unsplash.com
©quinoal

En el CDPs se trata el deber de confidencialidad en los artículos 39 a 49. Para respetar la intimidad no se debe recoger más información que la estrictamente necesaria (art. 39), sobre la cual tiene el deber de secreto, del que solo puede ser eximido por el propio cliente (art. 40); deber que afecta a las evaluaciones, las intervenciones y, de modo muy particular, los informes (art 42).

2 La confidencialidad en los informes psicológicos

Los informes psicológicos son una herramienta de trabajo habitual en Psicología. En ellos se plasman algunas de las informaciones recogidas de los clientes por diversos procedimientos y los juicios técnicos pertinentes de los profesionales. El CDPs hace referencia a la posibilidad de que el informe sea solicitado por el propio cliente (art. 41) o por terceras personas o instituciones (art. 42 y 43). En cualquiera de los casos el psicólogo está sujeto al deber de confidencialidad. Pero hay diversos matices a considerar, desde una perspectiva ética, en función de quién sea la persona que solicita tal informe.

Cuando el informe lo solicita el propio cliente

Esta circunstancia no suele presentar dilemas éticos respecto de la confidencialidad. Al solicitar un informe, el cliente da su consentimiento para que el psicólogo exponga por escrito los detalles y circunstancias de la intervención que considere relevantes para el fin para el que se solicita, lo que, a menudo, implica dar detalles de algunos aspectos íntimos que se han tratado. El psicólogo tiene que tener especial cuidado con dos aspectos: uno, no referir detalles íntimos innecesarios o superfluos en función de la finalidad del informe. Y dos, no hacer referencia a personas que no son el propio cliente. Esto es complicado en los informes psicológicos porque las personas viven en comunidad; sus conflictos y su intimidad afectan a la intimidad de quienes las rodean. Considérese el siguiente ejemplo:

Un cliente en trámites de separación solicita un informe que avale sus intereses en el proceso judicial contra su esposa. En el informe se puede leer...

"...Rafael expresa una fuerte unión con su hijo al que, según dice, ha cuidado tanto o más que su madre, en particular en este último año escolar en el que, por los horarios laborales de uno y otra, era él el encargado de ir a llevar y a buscar a su hijo a la guardería y quien se ocupaba de él durante las ausencias de su madre, que ejerce una profesión liberal con un horario amplio e incierto."

Al justificar lo que puede ser tratado como un hecho -la dedicación del cliente al cuidado de su hijo- el psicólogo hace referencia directamente al horario laboral de la madre e, indirectamente, a su disponibilidad para cuidar a su hijo. Ambas informaciones hacen referencia a áreas de la intimidad de la madre y el psicólogo debería contar con su autorización para revelarlas. La dificultad está en que tiene que solicitar y conseguir la autorización de alguien que no es su cliente. Si no le da el consentimiento, el psicólogo se ve en un dilema. ¿Debe elaborar el informe o negarse? En el primer caso puede tener problemas con la mujer, ya que está revelando informaciones íntimas sin su consentimiento. En el segundo caso puede tener problemas con su cliente: no satisface su demanda, es posible que abandone la intervención y, además, lesiona sus legítimos intereses al no apoyar lo que su cliente piensa que es bueno para él y para su hijo.

¿Qué hacer? De nuevo, los cursos extremos son éticamente inaceptables porque se conculcan absolutamente los valores asociados a los intereses de una u otra parte -el ejercicio de los derechos y obligaciones derivados de la patria potestad, según lo que cada uno piensa que es lo mejor para el menor [Código Civil (CC), art. 154]-. Al buscar cursos intermedios de acción, el psicólogo puede:

- Ponerse en contacto con ella, solicitar su permiso para elaborar el informe y dárselo a conocer a ambos para solicitar su consentimiento expreso sobre el contenido del informe.
- Ofrecerse tanto a él como a ella como mediador. Esta es una buena opción siempre que el psicólogo no tenga una alianza con su cliente que le incapacite para ser neutral; neutralidad que también tiene que ser percibida por uno y otra.
- Elaborar un informe en el que no se haga ninguna referencia, ni siquiera de manera indirecta a otras personas distintas a su cliente. Esto en Psicología es casi imposible porque, por ejemplo, cuando se habla de alguien en calidad de padre es inevitable hacer una referencia, siquiera implícita, a su hijo. Los roles son conceptos relacionales: no se puede ejercer como padre sin un hijo, ni como esposa sin un esposo, ni como hijo sin una madre...

El informe lo solicita un tercero

Una circunstancia particularmente frecuente es la petición de un informe realizada por una tercera persona -inspector médico o laboral, juez, trabajador social, la institución o empresa para la que se trabaja...- El conflicto de valores se presenta entre la confidencialidad y la obligación de informar.

En principio, puede pensarse que el valor de la confidencialidad es de orden superior porque es el que da sentido a la intervención psicológica, sea cual sea su naturaleza o contexto. Sin embargo, en el proceso de deliberación el psicólogo

tiene que tener en cuenta los aspectos particulares de cada caso. ¿Quién pide el informe?, y ¿cuál es el grado de intimidad de la información que se requiere? Cuando la petición viene de un juzgado es posible que el psicólogo se vea en la obligación legal de hacer el informe pericial solicitado [Ley de enjuiciamiento criminal (LEC), art. 462] y que su negativa a hacerlo suponga una multa o ser acusado de obstrucción a la justicia (LEC, art. 420). Si procede de una autoridad laboral, la obligatoriedad es menor; pero dar una negativa a un superior puede traer de hecho complicaciones diversas para el profesional. Negarse a colaborar con el empleador puede comprometer, por ejemplo, su estabilidad en el puesto de trabajo. Igualmente hay que considerar el contenido sobre el que se solicita informe. La intimidad tiene grados: no es lo mismo informar sobre un horario laboral que sobre la disponibilidad de una persona para ejercer sus funciones parentales, por ejemplo.

No obstante, la ley es clara y el CDPs también. Sea cual sea la información, se requiere el consentimiento expreso de la persona para ponerla en conocimiento de terceros [Código Penal (CP), art. 199 y CDPs, art. 39, 40 y 41]. El psicólogo debe utilizar los recursos a su alcance para conseguir el consentimiento de su cliente. Si finalmente no fuera posible, puede sopesar estas dos variables en una especie de escala móvil entre el deber de confidencialidad y la obligación de informar: cuanto más íntima sea la información que se pide y menor la obligatoriedad de informar, más argumentos tiene para negarse a hacer el informe y, viceversa, cuanta mayor sea la obligatoriedad y menos trascendente la parte de intimidad sobre la que se solicita información, más puede arriesgarse a emitir el informe. En cualquier caso, la decisión tiene que ir precedida de una reflexión que, si es posible, es mejor hacerlo de manera deliberativa en un contexto de trabajo en equipo y contando con la colaboración del cliente. Es decir, en cualquiera de los casos el cliente tiene que estar informado del contenido del informe (CD, art. 42 “...El sujeto de un Informe Psicológico tiene derecho a conocer el contenido del mismo...” y, en la medida de lo posible, decidir sobre los contenidos que hacen referencia a sus experiencias personales; no a los juicios técnicos que son, necesariamente, responsabilidad del profesional. El cliente es experto en su vida, el profesional lo es de la intervención psicológica (Rodríguez-Arias et al., 1996).

En este tipo de dilemas tampoco son éticamente válidas las soluciones extremas y como siempre es necesario encontrar cursos intermedios de acción. No obstante hay una serie de rutinas prácticas capaces de prevenir, la mayor parte de las veces, este tipo de conflictos:

1ª) Toda información que se requiere es para el beneficio del cliente. El “material” con que se trabaja en Psicología es la intimidad de las personas. En principio, no se necesita conocer nada que no sea útil para el fin definido por el cliente y en su beneficio (CD, art. 39).

2ª) Cualquier información proveniente de terceros sobre aspectos íntimos del cliente debe ponerse en su conocimiento. Durante el curso de una intervención es frecuente que, a través de otros colegas, de familiares del cliente o por otros medios, le lleguen al psicólogo informaciones que su cliente no sabe que sabe. Considérese el siguiente caso:

Sandra, 37 años, quiere separarse de su marido y solicita ayuda psicológica para saber cómo plantearse, porque cada vez que lo han hablado, él se opone y trata de convencerla de que siga con él, para lo cual acude a familiares y otras personas con ascendencia sobre ella. Se ve incapaz de poner en práctica lo que ya es una decisión firme. En una de las sesiones comenta que su esposo está siendo tratado en esta misma consulta con el fin de que ella no quiera separarse de él.

¿Cómo va a continuar el tratamiento con él, una vez que el psicólogo sabe lo que piensa ella sobre la continuidad de la relación? No puede guardar secreto sobre esta información porque ello supondría una alianza estable con ella que, previsiblemente, interfiere en su alianza con él. El problema se resuelve si el psicólogo consigue autorización de ella para hablar con él sobre cualquiera de los temas tratados con ella. También facilita el trabajo si se consigue esta misma autorización de él en la siguiente consulta.

Gestionar una información secreta es una cuestión delicada en una relación de confianza. En aras de una buena relación terapéutica, el psicólogo debe informar a su cliente de cualquier información relevante de que tenga conocimiento. Al hacerlo le muestra su lealtad a cambio de lo cual se espera que el cliente responda con confianza.

3ª) Solicitar su consentimiento en un contexto de beneficios para él mismo. Cuando el psicólogo pide permiso para comentar determinada información con un tercero lo hace por el bien de su cliente. Es posible que este perciba que se pueden derivar consecuencias no deseadas para él, pero no tiene por qué ser así.

Felipe está de baja laboral por una intensa reacción de ansiedad. Durante un incendio forestal el fuego llegó a las puertas de su casa, mientras él se encontraba en su puesto de trabajo, por lo que no pudo intervenir para proteger a su familia y su propiedad. Desde entonces no puede alejarse mucho de su casa sin sufrir crisis de ansiedad, que lo obligan a volver a su casa y, en consecuencia, tampoco puede acudir a su puesto de trabajo, que está a unos veinte kilómetros de su domicilio.

Desde diversos enfoques terapéuticos el tratamiento apropiado para este tipo de situaciones consiste en la exposición a la situación temida, por lo que la baja laboral no ayuda a que Felipe se exponga al temor de alejarse de su casa y, por tanto, más que una solución puede entenderse como una herramienta mantenedora del problema.

La Inspección Médica solicita un informe psicológico para saber si Felipe debe seguir o no de baja. El informe dice que "... tanto la medicación, como la baja laboral son soluciones temporales y con un probable efecto iatrogénico, porque contribuyen a que el problema se mantenga, dificultando una evolución positiva del tratamiento psicológico."

En el informe se expresa una opinión profesional, una valoración técnica, con la que se puede estar o no de acuerdo. No hay ninguna información directa sobre la intimidad del paciente, pero no cabe duda de que se está haciendo referencia a su vida y cuando el inspector lea el informe va a tomar decisiones con las que el paciente probablemente no esté de acuerdo.

El dilema se presenta entre el criterio del paciente, que prefiere seguir de baja (Autonomía) y el criterio del profesional para facilitar la resolución del problema (Beneficencia) y evitar soluciones que considera iatrogénicas (No-maleficencia). La confidencialidad entra en juego cuando el paciente pide al profesional que no emita el informe. La resolución de este dilema requiere tomarse el tiempo necesario para llegar a un acuerdo. El profesional se plantea qué concesiones hacer, a cambio de qué. Sus prioridades son conseguir que el tratamiento sea efectivo, con lo que Felipe volverá a trabajar, y mantener el clima de lealtad y confianza necesario para la alianza terapéutica. Se puede acordar, por ejemplo, una fecha para incorporarse al trabajo a cambio de apoyar la baja laboral durante un tiempo limitado y expresar este acuerdo en el informe. También es una opción que el cliente autorice al psicólogo a que emita el informe, aún no estando necesariamente de acuerdo con su contenido.

- 4ª) Leer el informe a todas las personas en él involucradas. A menudo en los informes psicológicos, especialmente en los periciales, se describen eventos que afectan a otras personas que están relacionadas con el sujeto del informe. En el informe sobre la separación matrimonial de Rafael se puede leer...

"A partir de lo que refiere Rafael, da la impresión de que su esposa es una mujer muy estricta, rígida, incapaz de valorar lo que él hace por ella, de manera que los insultos y las infravaloraciones son continuas. Proviene de un ambiente familiar violento, con un padre intransigente y de mal carácter. Desde

que su esposa y su hijo viven con sus suegros, Rafael tiene serias dificultades para verlo. Su esposa solo permite que lo vea dos días a la semana -martes y jueves-, durante una hora, de 19:00 a 20:00, que es un horario poco conveniente para el niño y que ella sabe que interfiere con su actividad deportiva. Según refiere, su suegra presiona para que padre e hijo no tengan contactos normalizados y más frecuentes."

En este párrafo se habla, obviamente, del propio cliente; pero también hay comentarios sobre su esposa y sus suegros. Con independencia de la solidez del fundamento que tengan los juicios de valor del psicólogo, se está haciendo referencia también a aspectos de la intimidad de estas tres personas y, por tanto, deben conocer el contenido del informe (CDPs, art. 42) y dar su consentimiento. En los términos en los que está redactado es muy poco probable que lo den, con lo que el psicólogo deberá corregirlo para que, sin faltar a la veracidad, exprese sus opiniones y juicios clínicos con mayor imparcialidad (CDPs, art. 15). Aunque una persona no sea directamente el sujeto de un informe, si se describe algún hecho relacionado con ella o se expresa alguna opinión que afecta, directa o indirectamente, a su intimidad, es necesario recabar su consentimiento. Una medida sencilla es leer el informe a todas las personas implicadas y darles la oportunidad de que expresen su acuerdo o desacuerdo.

En los informes resulta pertinente distinguir entre hechos y opiniones. Los primeros son externos y objetivos, en el sentido de que no dependen de la valoración de los observadores que los presencian. Las opiniones, en cambio, son subjetivas y, por supuesto, discutibles. Cuando muchas personas están de acuerdo en una determinada opinión se habla de consenso, pero no por eso la opinión se convierte en hecho. El que un determinado equipo de baloncesto gane más partidos que otro es un hecho. Que el que gana más partidos es mejor equipo, es una opinión; como tal, puede ser compartida por muchos aficionados, pero no deja de ser una opinión, ni pasa a convertirse en hecho. En un informe psicológico no se deben poner hechos falsos, ni omitir hechos pertinentes para su objeto (CDPs, art. 48). Quienes conocen los hechos son los que participan directamente en ellos. El psicólogo debe corregir todos los hechos que no se correspondan con la "realidad" que han vivido sus clientes. En cambio, puede y debe poner sus juicios profesionales -opiniones- de manera fundamentada y clara (CDPs, art. 48), lo que no implica que sus clientes u otros profesionales tengan que estar de acuerdo con ellas.

- 5ª) Actuar con transparencia. Si, finalmente, se decide hacer una excepción y elaborar un informe psicológico en contra del deseo del cliente y no contando con su consentimiento, es preferible comunicárselo y entregárselo, igualmente, para que lo lea y tenga conocimiento del mismo. Al hacerlo así, se está actuando en contra de su criterio, pero con lealtad y transparencia. Desde un análisis

comunicativo, se espera que el desacuerdo en el contenido se compense con la aceptación relacional que supone esta muestra de confianza (Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967). Confianza que es la base de cualquier buena relación, desde los negocios al amor y, por supuesto, es el fundamento más sólido para la buena relación terapéutica, clínica o profesional que, a su vez, predice un buen resultado (Horvath, Del Re, Flückiger y Symonds, 2011).

3 Las confidencias en el curso de una intervención psicológica

Pedro y Carmen, de 40 y 42 años, llevan casados 16 años, asisten a una terapia de pareja por problemas de comunicación. No tienen hijos. Carmen quiere sentirse más comprendida por Pedro porque no ve que él se interese por compartir actividades. Ella, al volver del trabajo, va a casa y espera a que llegue Pedro para tener ocasión de hacer alguna actividad juntos. Pedro sale más tarde de trabajar, con frecuencia tiene que ampliar el horario o tiene compromisos tras el horario laboral, por lo que llega a casa a la hora de la cena o más tarde. Cuando llega ve a Carmen disgustada y con mala cara. Le recrimina su tardanza, su desinterés hacia ella y le expone sus sospechas de que le sea infiel. Pedro lo niega y para evitar que la discusión suba de tono se aísla con sus cosas.

Tras una sesión en la que ambos discuten por los reproches de ella y las excusas de él, Pedro se pone en contacto telefónico con el psicólogo para contarle que la razón de sus retrasos en la llegada a casa es que tiene un hijo de 10 años del que Carmen no tiene conocimiento. No ha reconocido al hijo, pero sí ayuda económicamente a su madre, de la que nunca ha sido ni quiere ser pareja. Tres días por semana, al salir de trabajar, va a buscar a su hijo a la salida del entrenamiento, lo invita a algo y lo acompaña hasta la puerta de su casa. Por supuesto, no quiere que el psicólogo diga nada a Carmen de esta conversación, porque "sería la puntilla para nuestro matrimonio y la relación con esa mujer fue algo excepcional y sin sentido. La ayudo para que mi hijo tenga lo mismo que otros niños y para que ella no le comente nada a Carmen".

Con esta confidencia, hecha con la intención de que el psicólogo comprenda lo que les pasa y pueda ayudarles mejor, Pedro lo pone en una situación te-

rapéutica imposible. Si guarda el secreto hace una alianza estable con Pedro que entorpece la necesaria alianza con Carmen, rompe la imparcialidad (CDPs, art. 15) y aumenta la incertidumbre sobre el buen resultado de la intervención psicológica. Si, por el contrario, en la siguiente entrevista alude a lo hablado con Pedro, rompe su compromiso de confidencialidad y la incertidumbre se dispara. ¿Carmen romperá la relación con Pedro?, ¿abandonarán el tratamiento ambos?, ¿solo Pedro? Sin duda, ninguna de las dos es una buena opción.

Hay una forma sencilla de evitar este tipo de conflictos. Generalmente, cuando las personas van a contar un secreto, avisan de que lo que van a contar quieren que se guarde en secreto. Es muy posible que Pedro iniciara la conversación diciendo... "te llamo porque quiero contarte algo muy importante y no quiero que se entere Carmen". Aquí el profesional tiene una oportunidad de intervenir diciendo... "no necesito saber nada que no pueda manejar con libertad según mi criterio de lo que sea mejor para vosotros y para el curso de la intervención". Si Pedro insiste, el psicólogo puede continuar... "quiero que sepas que mi compromiso con los dos implica que me sentiré libre de comentar con Carmen cualquier cosa que me digas, lo mismo que haría contigo si ella me contara algún secreto relevante para los dos".

Una circunstancia similar se produce cuando se entrevista por separado a personas de una misma familia. En muchos contextos los psicólogos tratan con familias. Las personas son seres sociales y la familia es su núcleo relacional primario. De manera que cualquier intervención psicológica que se hace con una persona afecta al resto de su núcleo de convivencia, habitualmente su familia. La vida de toda la familia cambia cuando cambia cualquiera de sus miembros.

Ana, 15 años, y su madre, Marta, acuden a la consulta de Psicología Clínica. Viven con Francisco -padre- y Cristina -hermana mayor-. Cuentan que Cristina se lleva mal con su padre y el otro día llamó a la policía porque Francisco se puso violento con Ana a cuenta de sus malos resultados escolares. Ni Francisco, ni Cristina saben que Ana y Marta han venido a la consulta para solicitar una mediación de cara a evitar que, tras la intervención del juzgado, se produzca una orden de alejamiento entre Francisco y Cristina, y uno de los dos tenga que irse a vivir fuera del hogar, cosa que nadie desea. Ana se niega a que el psicólogo informe a su padre que han venido a esta consulta y Marta la apoya. Dicen que tiene muy mal carácter y temen su reacción si se entera de que han pedido ayuda psicológica.

En este ejemplo, Ana y Marta solicitan una intervención que afecta a la relación entre Francisco y Cristina, que no participan en la consulta. Para ello

probablemente sea conveniente que el psicólogo se entreviste con estos, por separado o en conjunto; con la participación de Ana y Marta o sin ellas. Pero tienen miedo de que el resultado de tal entrevista sea dañino para ellas. ¿El psicólogo debe guardar secreto? ¿Francisco y Cristina tienen derecho a conocer lo que Ana y Marta le han contado?

En principio, el compromiso de confidencialidad es personal. Al aceptar una intervención el psicólogo asume un compromiso de confidencialidad con cada una de las personas presentes. Otra cuestión es que para que se pueda ofrecer una ayuda psicológica eficaz el profesional tiene que ser libre de manejar las informaciones que le confíen con libertad y guiado por criterios profesionales. A esta libertad se la llama “capacidad de maniobra” (Fisch, Weakland y Segal, 1982). Se define como la posibilidad del profesional de pedir, proponer y hacer todo lo que sea necesario para el buen curso de la intervención que solicita el cliente. En principio la capacidad de maniobra abarca todas las circunstancias que se dan en una intervención y, de forma muy especial, a la gestión de la información. Obviamente cualquier información que le haya dado en privado uno de los miembros de la familia está sujeta a secreto y para comentarlo con otro es necesario contar con su consentimiento (CDPs. Art. 40).

En algunas circunstancias particulares, como en las intervenciones psicológicas en las que está directamente implicada la familia, se podría asumir que los clientes autorizan, implícitamente, al psicólogo para que gestione con libertad y buen criterio la información que le ofrecen. Si, más tarde, otro miembro de la familia acude a alguna entrevista, el psicólogo tiene el consentimiento de sus clientes para hablar con el recién incorporado los temas tratados con anterioridad. Este no es el caso del ejemplo, porque explícitamente Ana y Marta niegan tal posibilidad. Para resolverlo, el psicólogo necesita plantearse si dispone de suficiente capacidad de maniobra como para conseguir que la intervención sea eficaz. En caso afirmativo, puede dar alguna indicación para que Ana y Marta medien entre Francisco y Cristina a través de la relación que tienen con ellos. El buen resultado de esta opción es incierto, pero no imposible. Al mismo tiempo se va ganando tiempo para ampliar la capacidad de maniobra. En caso negativo, primero expone que con esta limitación es improbable conseguir lo que ellas piden. Esta negativa a intervenir es una forma de aumentar la capacidad de maniobra (Fisch et al. 1982. pp. 64). Ana y Marta pueden hacer concesiones para el uso libre de la información si se les ofrece la seguridad que necesitan para asumir el riesgo de exponerse a la reacción de Francisco, y apoyo para gestionar cualquier posible reacción temida. Cuanta mayor sea la seguridad y el apoyo que el psicólogo sea capaz de ofrecer, mayor será el riesgo que sus clientes estén dispuestos a asumir. Tales valores se ofrecen a través de la alianza terapéutica (Bordin, 1994). El psicólogo, tras dedicar un tiempo a hacer maniobras para consolidarla vuelve



unsplash.com
©charlesdeluvio

a solicitarles el consentimiento para entrevistarse con Francisco y Cristina. En caso contrario, debe renunciar a continuar una intervención por las escasas probabilidades de alcanzar los objetivos de sus clientes en las circunstancias actuales (CDPs, art. 26).

4 Comentario final

La confidencialidad es tan importante para el desarrollo de un buen trabajo, que la mayoría de los profesionales, en la mayoría de las circunstancias, la anteponen a casi cualquier otro valor. Sin embargo, a veces se ve cuestionada. La seguridad de las personas, la obligación de denunciar, la necesidad de compartir informaciones con otros profesionales o con otros familiares, la gestión de la información dentro de las familias y otras circunstancias llevan a los profesionales a cuestionarse los límites de su compromiso de confidencialidad.

Ningún valor es absoluto. La confidencialidad es una norma que guía al profesional en el desarrollo de su trabajo. Cuestionarse el compromiso de confidencialidad es una excepción que, por su condición de tal, debe estar debidamente justificada antes de llevarse a la práctica. Afortunadamente, los psicólogos tienen formación y herramientas para abordar los conflictos que se plantean con la confidencialidad. No en vano son expertos en el manejo de la comunicación. Así, cuando los recursos de otros profesionales se agotan, los psicólogos están en condiciones de dar un paso más en el proceso de negociación con sus clientes para llegar a una solución acordada que sea aceptable para todos los implicados en el conflicto. Por eso, antes de plantearse faltar a su compromiso de confidencialidad -con una denuncia, en un informe...- merece la pena buscar nuevos puntos de acuerdo, plantearse si la buena práctica, la ética y, en última instancia, la ley, no permiten más flexibilidad para hacer nuevas concesiones que faciliten una solución acordada al dilema y conseguir que la confidencialidad quede a salvo.

En la resolución de los dilemas, cuando la confiabilidad gana, toda la Psicología gana; cuando pierde, se viene abajo la relación profesional y con ella una parte del prestigio de la Psicología, que tanto esfuerzo cuesta conseguir.

“Cuestionarse el compromiso de confidencialidad es una excepción que, por su condición de tal, debe estar debidamente justificada antes de llevarse a la práctica”.



©Tim Arterbury - Unsplash

HERRAMIENTAS

HERRAMIENTAS

ELEMENTOS DE UNA INTERVENCIÓN NARRATIVA EN EL TRAUMA RELACIONAL

F. Javier Aznar Alarcón

PSICÓLOGO CLÍNICO, PSICOTERAPEUTA Y SUPERVISOR. COORDINADOR DE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN A MENORES VÍCTIMAS DE ABUSO SEXUAL INFANTIL Y DE VIOLENCIA SEXUAL DE LA XUNTA DE GALICIA (FUNDACIÓN MENIÑOS).

✉ f.javieraznar@gmail.com

Nuria Varela Feal

PROFESORA TITULAR DE LA UNIVERSIDAD DE A CORUÑA. GRUPO DE INVESTIGACIÓN FILOSOFÍA, CONSTITUCIÓN Y RACIONALIDAD.

✉ nuria.varela.feal@udc.es

RESUMEN: La intervención en el trauma relacional complejo implica atender a dos dimensiones, una vertical, que corresponde a la biografía del paciente, y otra horizontal, que corresponde con los acontecimientos relacionales que se dan en el aquí y ahora de la intervención. Ambas dimensiones inextricables, solo aparecen aisladas bajo la perspectiva del observador. El terapeuta, manteniendo ambas en mente, debe decidir, estratégicamente, a cuál atender en cada paso de la terapia.

PALABRAS CLAVE: Apego, narrativa, trauma relacional, self.

ABSTRACT: Complex relational trauma intervention requires focusing on two dimensions, the vertical one, that corresponds to the biography of the patient, and the horizontal one, that has to do with the relational events that happen at the here and now of the treatment. Both inextricable dimensions only appear isolated under the perspective of the observer. The therapist, keeping both in mind, must strategically decide which one they are going to put the focus on at every step of the therapy.

KEY WORDS: Attachment, narrative, relational trauma, self.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Abele, A. E.; Wojciszke, B. (2014). «Communal and agentic content : a dual perspective model».en *Advances in Experimental Social Psychology*. Vol. 50, págs. 189-255.

Aznar, F. J. (2012). «Relatos, apegos y terapia familiar sistémica con niños y adolescentes» en *Revista de Psicoterapia* 23 (90-91), pp. 63-76.

Bowlby, J. (1989). Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego. Barcelona: Paidós.

Byng-Hall, J. (1995). *Rewriting Family Scripts. Improvisation and System Change*. New York: The Guilford Press.

Cancrini, L. Océano borderline: viajes por una patología inexplorada. Barcelona: Paidós, 2007.

Diamond, G. M.; Diamond, G. S.; Liddle, H. S. (2009)- «The Therapist-Parent Alliance in Family-Based Therapy for Adolescents» en *Journal of Clinical Psychology/In Session*, 56:25, págs.1037-1050.

Hofstadter, D., Sander, E. (2018). La analogía. Barcelona, Tusquets Editoriales.

Lamas, C. (2007). «Para comprender la adolescencia problemática» en *Redes: revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, nº 18, pp. 63-85.

Polkinghorne, D. E. (1989). *Narrative Knowing and the Human Sciences*. Albany: New York Press.

Vetere, A., Dallos, R. (2012). Apego y terapia narrativa: un modelo integrador. Madrid: Ediciones Morata.

Yárnoz, D. (2008). La teoría del Apego en la Clínica, I: evaluación y clínica. Madrid: Psimática.

John Bowlby, el padre de la Teoría del Apego, anticipó algunas ideas fundamentales para entender los contextos biográficos y relacionales en los que las dificultades de las familias cobran sentido: «al subrayar la enorme influencia que ejerce la madre en el desarrollo del niño, también es necesario considerar qué factores la han llevado a adoptar ese estilo en sus cuidados. Un factor que tiene gran influencia es el grado de apoyo emocional -o la falta de este- que ella misma recibió en su momento. Otro es el tipo de cuidados maternos que ella recibió de niña. Una vez reconocidos estos factores, la idea de culpar a los padres se desvanece y queda reemplazada por un enfoque terapéutico» (Bowlby, 1989, p. 148). En nuestra forma de entender la aplicación de la teoría del apego con los menores en situación de riesgo, de aquí podemos derivar dos lecturas simultáneas: la primera es una lectura *vertical*, intergeneracional, de las dificultades en el contexto de crianza (y también fundamentalmente despatologizadora: las dificultades se comprenden al reconstruir una historia que integre los acontecimientos que las diversas generaciones deben afrontar con su contexto y circunstancias actuales). La segunda es una lectura *horizontal*, sistémica, al considerar que las pautas que va integrando el niño como aspectos de su personalidad y el modo en el que los padres los tratan son mutuamente influyentes. Es decir, si los cuidadores responden a las necesidades de los menores en base a las claves de lectura derivadas de su propia experiencia, los intentos de adaptación de los menores a las dificultades de sus padres pueden corroborar esas mismas claves de lectura en la medida en que pueden ser amenazantes para ellos. Una de nuestras pacientes era la madre de un precioso bebé. Habiendo sido gravemente maltratada por su propia madre, buscaba confirmar que ella era una buena madre para su hija. Su temor la llevaba a reaccionar de manera ambivalente con su hija: en los momentos en los que resultaba difícil calmarla, se agitaba sintiendo que el llanto de su bebé confirmaba que no era una buena madre, por lo que se enojaba con ella y respondía de manera agresiva. Luego, la culpa la llevaba a querer compensarla con un trato sobreprotector y asfixiante. Ambas reacciones afectaban a la bebé, oscilando esta en separarse de su madre y, simultáneamente, mostrándose desconsolada. De nuevo estas reacciones volvían a frustrar a la madre, cristalizando la interacción problemática. Como vemos, ambas lecturas, vertical y horizontal, son recortes de la experiencia que parten de la perspectiva que elige el observador, pero se dan simultáneamente y son recursivas. Tal y como ocurre en el famoso cuadro de M. C. Escher *Manos dibujando*, en el que dos manos se dan vida la una a la otra, lo intergeneracional genera procesos sistémicos, pautas de interacción aquí y ahora, que realimentan los procesos intergeneracionales.

Estas dimensiones pueden verse como una línea de organización entre muchos modelos de psicoterapia y, más en concreto, en la terapia familiar. Los de orientación más psicodinámica, *verticales*, suelen criticar la falta de profundidad en los modelos de tipo horizontal, especialmente en aquellos definidos por la intervención breve, estratégica, centrada en la solución de problemas. Los *horizontales* suelen suponer, a su vez, que los verticales se distancian de las dificultades concretas de las personas a las que intentan ayudar o de sus capacidades para afrontarlas. Las dos posiciones, cuando son llevadas al extremo, adolecen de una falta de complejidad ya que están inextricablemente interrelacionadas. Nuestra propuesta es que el profesional, teniéndolas en mente, debe decidir, estratégicamente, cuál de las dos (o las dos de forma inclusiva) se explicitará en el transcurso de la intervención atendiendo a las expectativas de los pacientes, al nivel de crisis en el momento en que actuamos, a la capacidad de diálogo de las personas que rodean a la víctima, seguir la consigna de evitar una experiencia de re-traumatización y al nivel de confianza y seguridad que se ha podido establecer en el contexto de la intervención.

Los contextos en los que trabajamos con menores víctimas de trauma relacional implican, con frecuencia, la inclusión de miembros de la familia o de otros profesionales (educadores sociales, psicopedagogos, trabaja-



unsplash.com
©nickwilkes

dores sociales, etc.). Las entrevistas en servicios psicosociales y de salud mental son una experiencia que estimula la disposición al apego dado que, por definición, la persona que acude está en situación de pedir ayuda a alguien a quien se le supone la competencia para ofrecerla, sumado a la expectativa de que, en el transcurso de la conversación, saldrán a relucir dificultades y, con frecuencia, sentimientos relativos a la tristeza, la angustia, la vergüenza y/o la culpa. Las familias y los menores arrastran consigo a estos contextos los nudos sin resolver de sus experiencias, pero con una dificultad añadida a la intervención individual: los miembros de la familia no pueden controlar qué es lo que otros miembros o los profesionales van a pensar, a revelar y/o actuar. En otras palabras, esta situación de vulnerabilidad activa la necesidad de apego, de manera que con toda probabilidad los miembros de la familia presentes pondrán en acción, delante de los profesionales, los guiones con los que organizan su forma de responder ante las situaciones amenazantes con el riesgo de que los terapeutas sean reclutados en el guión familiar (o por la perspectiva de alguna parte de la red profesional). Hofstadter y Sander nos explican que «ningún pensamiento puede formarse con independencia del pasado, o, para ser más precisos, no podríamos pensar de no ser por las analogías que ligan nuestro presente con nuestro pasado (Hofstadter y Sander, 2018, p. 46). Las situaciones de relación con nuestros cuidadores y personas significativas, a través de la repetición, se interiorizan como moldes, filtros perceptivos conectados estrechamente con nuestra memoria, a través de los cuales interpretamos la experiencias que vivimos y les damos sentido, anticipamos la respuesta de los demás hacia nuestras necesidades de cercanía e intimidad, nos consideramos dignos o no de la atención de los demás ante nuestras necesidades afectivas, y regulamos nuestra conducta y emoción en base a ellos. Las situaciones de trauma relacional suponen una distorsión de la percepción de uno mismo y de las relaciones para adaptarse a las experiencias psicológicamente extremas que se afrontan. Desde la perspectiva que estamos siguiendo, la forma en la que estos modelos están configurados es básicamente narrativa: permiten simular en nuestra mente escenas con inicio (*necesito que me tranquilicen el temor que siento*), nudo (*me atrevo o no a dar el paso de buscar que mi madre —o la persona que se propone para ocupar la posición de figura de apego en su lugar— habitualmente fría, lo haga*) y desenlace (*huyo de la escena negándome mi propio temor y quedándome desprotegido*) y centran su atención en las motivaciones y estados mentales de los personajes (por ejemplo, *mi madre actúa así* porque quiere que sea fuerte como ella) y se convierten en un mediador entre la realidad externa y mi interpretación de lo que ocurre, es decir, *mi mapa del mundo*. De la misma manera que estas configuraciones narrativas me permiten clasificar, asignar un sentido y anticipar lo que va a ocurrir, las interacciones familiares y las interacciones con los profesionales se organizan mutuamente, de manera que las diferentes narrativas confluyen en pautas y patrones, reglas y creencias compartidas o contrastadas sobre cómo afrontar las dificultades y las pérdidas y abordar los problemas de la vida cotidiana y las

necesidades de cercanía e intimidad (Bying-Hall,1989). Los guiones familiares precisan de flexibilidad para actualizarse según los acontecimientos y el cambio en las necesidades, y el momento del ciclo vital de la familia y sus miembros. Esto puede suponer un reto para el diagnóstico del problema: cuando los niños viven situaciones traumáticas o una dificultad alargada en el tiempo en la accesibilidad emocional de sus padres o cuidadores, estas pueden afectar a su desarrollo y a sus capacidades cognitivas y al control de sus reacciones emocionales y conductuales sin que el origen relacional de la dificultad se haga evidente. En consecuencia, pueden llevar a considerar sus problemas únicamente como una condición interna. Entenderlos así puede resultar tranquilizador para adultos agotados y frustrados (familiares y profesionales), pero nos conducen a una situación complicada cuando estos síntomas son, en realidad, estrategias secundarias de apego que los menores han desarrollado ante las dificultades en el sistema de apego-cuidado, y puede provocar una restricción en la capacidad de reacción de los terapeutas forzando a los niños y adolescentes a seguir repitiendo las mismas estrategias que se manifiestan como el problema (Vetere y Dallos, 2012). A su vez, el incremento de las dificultades de los hijos refuerza la cristalización de las respuestas poco adecuadas de los padres. Se refuerzan, en la dimensión *horizontal* que mencionábamos anteriormente, los patrones de desencuentro entre padres e hijos (lo que tradicionalmente se entiende en terapia familiar como *procesos irónicos*, en los que el intento de solución refuerza el problema). En la dimensión *vertical* se genera una transmisión intergeneracional en la que los hijos quedan atrapados por las distorsiones con las que sus padres pudieron elaborar su experiencia en sus familias de origen y que modulan la forma en la que pueden entender y atender las necesidades y motivaciones de sus hijos (Aznar, 2012). Esta dificultad de sincronización entre las necesidades de los hijos y la capacidad de los padres para afrontarlas puede llevar a una exacerbación de las posturas que se muestren en las primeras entrevistas, o al tratar los nudos de especial dificultad en sus biografías o en su relación. Los *malentendidos* en la interpretación de las dificultades de unos y otros aumentan el riesgo de comprometer al terapeuta obligado a tomar partido por una escalada entre versiones incompatibles entre sí. Estos hallazgos permiten presuponer que la relación entre la alianza terapéutica y el intento de reparar el vínculo estriba en que son procesos isomórficos: ambos comparten la necesidad de la validación de la experiencia de todos los implicados, un entorno seguro que permita la expresión emocional y un sentido de pertenencia, que se halla representado, en la terapia, por el hecho de estar enrolados en un objetivo común. El terapeuta debe priorizar la construcción de un clima de seguridad y, a través de su receptividad hacia las preocupaciones de los diversos miembros alimentar su participación en el proceso. Harris (cit. en Yárnoz, 2008) ha analizado el impacto de la disposición de los pacientes en la construcción de la alianza terapéutica, sugiriendo que las diferencias con respecto al apego de las personas que piden ayuda exige flexibilidad por parte del terapeuta para cambiar el foco al aspecto de la relación

más vulnerable. Desde este punto de vista podemos inferir una relación circular entre la alianza y las dinámicas de apego en la familia y con los profesionales: la disposición insegura al apego implica la necesidad de recurrir a estrategias específicas por parte del terapeuta para recoger la vulnerabilidad de las personas con las que trabajamos, y el establecimiento de una sólida y flexible alianza les permite a su vez ensayar otras perspectivas y nuevas formas de relación. La literatura parece confirmar la importancia y complejidad del equilibrio en las alianzas que se establecen entre terapeutas, padres y adolescentes para el desarrollo de la reparación del sistema de apego-cuidado (Diamond et al., 2009), poniendo de relieve la necesidad de estudiar las diferentes dimensiones de la alianza terapéutica y su peso específico en el esfuerzo de reparación del vínculo en el desarrollo del proceso terapéutico, de manera que permita priorizar el foco de la intervención y plantear estrategias terapéuticas. Nuestra propia elaboración sugiere que la incidencia en aspectos concretos de la alianza terapéutica afecta a aspectos específicos del sistema apego-cuidado. En concreto, que la promoción de la conexión emocional apoya el incremento de la función reflexiva en los padres con respecto a sus hijos y que, frente a la hostilidad y el discurso negativo, apoyar la seguridad en la sesión promueve el incremento de la sensibilidad con la que los padres entienden las emociones de sus hijos.

Las personas con mayores dificultades también son las que pueden verse atendidas por una red de profesionales más amplia, lo que nos obliga a añadir a la ecuación las diferentes expectativas y motivaciones de los profesionales envueltos en la situación. Los profesionales, que acarrean en su memoria sus propias experiencias con el cuidado, y las instituciones, que tienen sus propios guiones que dictan qué es posible y qué no y cómo leer lo que ocurre con las familias, interactúan con las mismas dificultades, nudos y posibilidades de cambio que los miembros de la familia entre sí. De manera que las instituciones y redes profesionales, a pesar de su voluntad de prestar ayuda y cuidado, pueden adolecer de la misma falta de sensibilidad, de flexibilidad metacognitiva y de complejidad que los padres con dificultades con sus hijos. Cuando los puntos ciegos de la familia o del paciente se enredan con los de la red profesional es cuando se generan isomorfismos, es decir, el sistema que se genera mantiene la misma estructura problemática que intenta reparar, y que se pueden manifestar en una narrativa dominante en la que se responsabiliza a la familia, o al paciente, o a los colegas, de la dificultad ante el bloqueo del proceso. Lo que podemos destilar de esto es:

1. Tan importante como generar una alianza de trabajo con los pacientes es generarla con la red de profesionales implicados.
2. En los encuentros entre profesionales puede darse una pugna (explícita o implícita) por el punto de vista dominante sobre lo que ocurre en la familia y lo que hay que resolver en la terapia y cómo hacerlo.
3. La saturación de problemas, la falta de esperanza, el impacto del trauma en las familias, pueden amplificarse cuando la mirada de los profesionales *resuena* en la misma *longitud de onda* y las intervenciones fallidas reportan frustración, alarma o impotencia en los profesionales.
4. Es preciso introducir, en la visión de lo que ocurre con la familia o con el paciente, la forma en la que los profesionales están incidiendo.
5. En la medida en que los profesionales sean capaces de generar una base segura para la familia (o para los miembros susceptibles de recibir ayuda), se puede revertir el proceso alimentando su sensación de competencia (de unos y de otros) y volviéndolos co-partícipes de las decisiones sobre el curso de la intervención y de su propia vida.
6. Es preciso poner atención en diferenciar lo esperable (aquello que los profesionales querrían que las familias hicieran) con lo posible (aquello que las familias son realmente capaces de hacer atendiendo a sus circunstancias y al peso de lo que han vivido).

“La promoción de la conexión emocional apoya el incremento de la función reflexiva en los padres con respecto a sus hijos”.

7. Si los terapeutas tienen el papel de traducir el sufrimiento y dificultades de la familia entre ellos y amplificar sus posibilidades, competencias y momentos de conexión tienen que asumir que, para hacerlo con éxito, deben hacer el mismo esfuerzo de traducción entre la familia y la red, puesto que los avances tienen que quedar anclados en las narrativas profesionales.

De lo contrario, los profesionales pueden verse envueltos en el nudo entre las dificultades propias de las familias y las de sus contextos de intervención y corren el riesgo de verse arrastrados por ellos. El terapeuta debe pensar en términos de construir una alianza terapéutica con todos (red natural y red profesional) que permita compartir el sentido de seguridad y explorar la situación para elaborar una definición de la situación compartida en su mayor parte, que permita una vía de ayuda para la familia. Pero la alianza no es la terapia, sino la construcción de una base segura *que permite y sostiene* el desarrollo de la terapia. Sostener la alianza y repararla cuando está en riesgo son dos esfuerzos imprescindibles. Pero, además, hay que tomar decisiones operativas en el curso de la terapia sobre el ritmo de las intervenciones, sobre qué aspectos deben priorizar los equipos terapéuticos, y sobre cómo evitar que haya una transmisión de las dificultades relacionales de estas familias al contexto de la intervención para lo que hay que adentrarse en la historia latente de las personas a las que pretendemos ayudar y trabajar en la construcción de sentido que permita vivir de una manera mejor.

En consecuencia:

- Necesitamos desarrollar una disciplina interna de autocuidado tanto el profesional como los equipos (múltiples actividades posibles engranadas en tres áreas): 1) búsqueda de apoyo en el entorno profesional (con el equipo, en la supervisión) y el personal (círculo íntimo y en la propia terapia); 2) a través del contacto con otras personas y actividades conteniendo el espacio que el trabajo cubre en el conjunto de la vida; 3) procurando distancia y reflexión sobre el proceso de intervención a través de la supervisión, la formación continuada, la creatividad (diario, pintura, música, etc.).
- En las situaciones de dificultad, buscar un elemento común entre mi dificultad con el caso y la dificultad que afronta la víctima o la familia (que nos pueden colocar en una posición de simetría o complementariedad), que es la base para el isomorfismo.
- Focalizar en el núcleo emocional comprometido.
- Hacer algo diferente, algo que trate de salir del guión que se destila de los dos puntos anteriores.

Laura, una joven de quince años, es derivada a una unidad de hospitalización parcial para adolescentes por presentar un elevado riesgo de autolisis. En sus antecedentes consta haber estado ingresada en un centro privado especializado

en el tratamiento de trastornos alimentarios, del que sale de forma precipitada después de un intento de suicidio por ingesta de fármacos de alto nivel de letalidad y que acaba en un ingreso hospitalario. Un mes después del alta vuelve a ser ingresada por un segundo intento. Los informes exponen que, en aquel momento, presenta ansiedad, perfeccionismo, rasgos marcados de histrionismo, tendencia a la manipulación, baja empatía, conducta impulsiva, insomnio, pesadillas, indiferencia afectiva, ideas de culpa, incapacidad y desesperanza, ideación suicida, defensas de tipo obsesivo y mecanismos de racionalización e intelectualización. También se señalan ingresos anteriores a través del servicio de urgencia por intentos de autolisis de diversa gravedad.

Detrás de este profuso listado de síntomas encontramos una chica que se enfrenta con un sentimiento de vacío que amenaza con ahogarla irremediablemente. Muestra una clara dificultad con sus relaciones. Las vive con profundo malestar y oscila entre el enamoramiento y la idealización de los primeros encuentros y el violento rechazo posterior. Manifiesta sentir asco por su cuerpo, a la vez que viste con ropa que deja mucho de él al descubierto y que devuelve una imagen muy sexualizada. Tiene un abanico de síntomas que varían desde las oscilaciones del humor (de momentos de profunda depresión a reacciones eufóricas en las que se siente capaz de todo) a crisis de ansiedad, episodios de agitación motora en casa y fuera de ella y episodios bulímicos. Pasa velozmente de la seducción a la amenaza, que en algún momento del proceso terapéutico derivará en episodios esporádicos y breves de agresión hacia varios de los profesionales del hospital, aunque siempre de forma contenida (intentar golpearme en el pecho o tirar algún objeto a alguien con una sospechosa mala puntería). Ha interrumpido sus estudios por no sentirse capaz de seguirlos. Es difícil que a lo largo del día no haya alguien, profesional o paciente, que no venga a hablar de ella porque ha perdido el control, ha roto alguna cosa, se ha peleado, se quiere marchar precipitadamente o les desborda mostrando una tristeza abrumadora. Despierta intensas reacciones en los compañeros, educadores y terapeutas, que pueden oscilar entre el rechazo y la angustia y la sobreimplicación, pero coincidiendo todos en la dificultad común de no poder evitar tenerla en mente. Es ilustrativa una escena que se desarrolla en el despacho de su psiquiatra referente: después de haber tenido las entrevistas de valoración y de haber programado el ingreso en el hospital, la psiquiatra le comenta que le parece verla algo mejor y un poco más animada. Casi de forma inmediata, Laura coge el teléfono de la mesa, lo arranca de la conexión en la pared, y empieza a golpear con él los objetos del consultorio, hasta que esta tiene que recurrir a la ayuda de otros profesionales para contener a la chica. Tras unos días más de observación les propone, a ella y a su familia, un programa de intervención en tres niveles: tratamiento psicofarmacológico para los síntomas de disregulación emocional y conductual, acompañamiento de los educadores en la integración en las actividades grupales del hospital y psicoterapia en nuestra unidad de terapia narrativa y apego.

Carlos Lamas llama a los pacientes como Laura *niños sufrientes que crecieron* (Lamas, 2007). Comparten haber pasado por experiencias asociadas a la pérdida o al trauma en la primera infancia, y pautas de relación en el entorno que dificultan la validación de las propias necesidades afectivas, con una abrumadora sensación de soledad poco expresada y aún menos reconocida por el entorno, lo que es común a la mayoría de los menores y adolescentes con los que intervenimos. Al llegar a la adolescencia, el estrés asociado a la eclosión de la sexualidad, la progresiva desvinculación de la familia, la elaboración de la propia identidad y la puesta a prueba de las estrategias que han desarrollado para regular la cercanía y la intimidad incrementan la aparición de una situación de crisis. Todo este conjunto de síntomas y dificultades es difícil de abordar si no emerge una pauta que nos permita conferirle sentido. Polkinghorne nos sugiere que una intervención guiada por la práctica narrativa debe hacer manifiesta la narrativa latente, ayudar a construir una narrativa unificada y reconstruir una interpretación más útil y coherente (Polkinghorne, 1989). La perspectiva que tomamos frente a las dificultades que nos relatan define cómo nos vamos a explicar quién es Laura, qué dificultades está intentando resolver con su forma de conducirse y, en consecuencia, cómo vamos a intervenir con ella. Por tanto, no es sólo una cuestión de estrategia terapéutica, sino también una decisión ética. Si pensamos en sus dificultades como intentos, a menudo contraproducentes, de adaptación a situaciones de vida difíciles y, al menos en el momento en que intervenimos, carentes de alternativa, nos lleva a varias consideraciones:

- En sus dificultades hay aspectos positivos (mal encaminados, mal orientados, con falta de flexibilidad, pero que son estrategias puestas en marcha para intentar tener algo de control sobre sus circunstancias y sobre la accesibilidad de las figuras de apego a su alrededor) y que, por lo tanto, pueden ser reformulados en términos de capacidades y competencias a las que recurrir;
- Acceder a su situación familiar y ambiental como el lugar en el que buscar sentido y recursos es apelar a los contextos en los que se ha desarrollado su forma peculiar de atribuir sentido a lo que siente y al que sigue siendo su contexto fundamental de vida;
- El concepto negativo del *self* que los menores con trauma relacional tienen de sí mismos restringe y el sentimiento continuo de amenaza dificulta la capacidad para ajustar su narrativa íntima a los hechos. Sus inferencias sobre el abandono o el maltrato se superponen sobre lo que ocurre *aquí y ahora*, limita la posibilidad de representarse escenarios diferentes y restringe, en consecuencia, la posibilidad de tener experiencias diferentes a las vividas. Nuestra intervención tiene que habilitar la posibilidad de proponerlos como interlocutores válidos del proceso y ayudarlos a tomar decisiones, acompañados por nosotros y por las personas que se impliquen en la terapia, sobre el curso de nuestro trabajo en común. Proponemos, entonces, dos axiomas que serán el fundamento de la construcción de nuestras hipótesis de trabajo:
- Entender la conducta del niño y del adolescente, su estilo emocional y la forma en que se describe a sí mismo y a los demás, como la respuesta a un problema del desarrollo, fundamentalmente en el sistema de apego-cuidado. Es, por tanto, la solución (estrategia secundaria de apego) a un problema que puede pertenecer a otro momento de su vida y que el contexto en el que tiene sentido no sea evidente en el momento actual (cuando alguien crece, por ejemplo, en un entorno agresivo, no le hace falta más que un gesto mínimo, una mirada, para entender la promesa del castigo, un gesto que puede pasar completamente desapercibido a quien lo observa desde fuera). Cuando se ha sufrido trauma relacional, aspectos insignificantes para nosotros pueden funcionar como símbolos de la experiencia, detonadores de los sistemas defensivos puestos en acción ante los eventos traumáticos y que aparecen ahora aparentemente sin sentido, descontextualizado de las circunstancias que le dieron origen.



unsplash.com
©acharki95

- Las infancias y adolescencias de estos padres aparecen como un palimpsesto por debajo de las de sus hijos, y es a través de ellas que los miran. Cuanto más coherente e integrada es la narrativa con la que han conciliado sus experiencias, buenas o malas, mayor probabilidad de que tengan una mirada sensible y reflexiva hacia las situaciones que afrontan sus hijos. Proponemos entender la conducta de los padres, cuando hay un trastorno en el sistema apego-cuidado, como la respuesta también a un problema de su propia historia al que hay que volver para reparar la relación entre padres e hijos. *Cautivados por un pasado traumático, no pueden imaginar un futuro diferente*. Elaborar un relato coherente de su propia experiencia, que además de recoger el dolor les devuelva una identidad positiva y la seguridad para explorar y buscar mejores formas de conectar con sus emociones y con los demás, es el mediador fundamental para un trabajo de revinculación con sus hijos o, al menos, para ayudar a entender a los menores las circunstancias que han vivido y a tomar distancia de ellas reconstruyendo una imagen más positiva de su *self*.

Las sesiones con la familia de Laura responden a diferentes convocatorias, en las que vemos a la joven junto a sus padres divorciados (juntos y por separado), con su padre y la nueva pareja de este, y con el hermano de Laura, dos años menor que ella. Las primeras entrevistas nos ayudan a descubrir que la hermana de su madre muere en un accidente con diecinueve años, justo al mes de nacer Laura. Los abuelos ponen a la pequeña en el centro de su vida, como si fuese la reencarnación de la hija perdida (es algo que se expresa literalmente en la sesión). La madre de nuestra paciente cae en una depresión profunda, sin palabras para expresar su dolor a unos abuelos que niegan el sufrimiento centrados en la nieta, de la que en parte la han desposeído, y en parte convertido en una rival por su cuidado; y con una pareja, el padre de Laura, que todavía funciona como un adolescente y que no sabe cómo reaccionar ante la crisis de su mujer. Este, que ha crecido cuidando de un padre alcohólico, es también un hombre herido que se distancia del dolor con una conducta evitativa, contestando con frivolidad y recurriendo a la ironía cada vez que un comentario hace referencia a cómo se siente con las dificultades que están afrontando.

Laura encuentra su lugar en el mundo como acompañante parentalizada de la cronicidad de su madre, compensando las carencias afectivas de las dos. A Laura, ese papel tan fusionado con su madre, en el que cuidar de esta se convierte en la forma de manejar sus necesidades de cuidado desatendidas, la deja sin esperanza de recibir cuidado y cercanía si deja de pagar el precio de satisfacer la expectativa del otro, y le restringe la posibilidad de explorar y ensayar interacciones con los iguales, básicos para su adaptación a la vida social. Al llegar a la adolescencia se establece un patrón repetitivo en el que cada paso de autonomía por parte de la chica es acompañado del empeoramiento de la madre, y cada mejora de la madre es acompañada de un empeoramiento de la hija, consolidando un patrón de *acomodación sistema-síntoma* (la lectura horizontal comentada anteriormente). La

forma en la que se manifiestan estos aspectos de Laura es compartida con otras adolescentes con problemáticas parecidas con las que trabajamos: inscribirse en el relato de los demás como personaje *enfermo* les dota de un armazón de identidad, con poderosos beneficios secundarios (especialmente la sensación de que pueden controlar la disposición de sus cuidadores), pero frágil e insatisfactoria, al legitimarlas a través de un artificio y no por sí mismas. *Están enfermas, pero no son las enfermas que dicen que son*. La sustancial incapacidad de los padres y abuelos de Laura para advertir las manifestaciones de su sufrimiento, dándoles importancia e interpretándolas correctamente, son elementos fundacionales de su no reconocida *infancia infeliz*, que ha facilitado un funcionamiento no integrado de su mente, bloqueando o invirtiendo el progreso de sus capacidades para integrar sus experiencias relacionales en una narrativa que la presente como alguien susceptible de ser cuidada y alentada.

Tenemos una sesión individual con Laura que coincide con dos acontecimientos relevantes: la reciente ruptura con una chica del hospital con la que había iniciado un escarceo amoroso y la marcha de su psiquiatra, quién se traslada a trabajar a otra población y dejando a uno de los autores como su referente. Apenas reconoce, de manera mecánica, algo de sufrimiento por esas dos situaciones de pérdida pero, más tarde, vuelve a buscarme para decirme que siente el impulso de lastimarse (lo que implica una acción que nos habla de un aspecto más positivo de su *self*: la búsqueda de ayuda y contención en alguien a quien empieza a aceptar, con todas las dificultades y temores que conlleva, la búsqueda de un *puerto seguro*). Yo quiero saber con qué cree que podemos contar para mejorar su situación. Sabemos lo delicado de este momento porque las dos pérdidas activan la idea del abandono y proyectan, en nuestra fantasía, la posibilidad de que Laura necesite defenderse del temor de que yo también la deje. Efectivamente, después de unos minutos de conversación, pega una patada a la mesa y rompe un bote con caramelos. La impresión que nos da es que su ira muestra su frustración porque mis respuestas no la calman, y por la necesidad de negar que pueda depender en algún aspecto de mi ayuda. Bowlby estableció un camino muy claro sobre la posición de un terapeuta influenciado por la teoría del apego ante estas manifestaciones de sufrimiento de sus pacientes: «respetará la aflicción o la ira de su paciente con respecto a la separación y las considerará como respuestas naturales de alguien que se siente apegado a otra persona, y ese respeto estará implícito en cualquier cosa que diga o haga» (Bowlby, op. cit., p. 176). Le hablo con tranquilidad de lo asustada que debe estar, de que debe sentir la pérdida, de lo difícil que es aceptar que alguien te ayude, tener que volver a confiar cuando se va quien te está ayudando, y que quizá podamos reparar algo con los trozos que se han roto (reflejo en lo que está ocurriendo en la sesión de lo que puede sentir que ocurre con sus vínculos). Se tranquiliza y me ayuda a buscar con qué recoger lo roto, y se compromete a hacerme un objeto en algún taller para sustituir el recipiente. Esta *anécdota* es relevante: de

la misma manera que no esperamos que los padres estén ajustados todo el tiempo, sino que tengan la sensibilidad de ver cuándo no están captando bien las necesidades de sus hijos y reparar los *cortocircuitos* en la relación, los terapeutas también tenemos que aceptar la posibilidad de equivocarnos en nuestras hipótesis e intervenciones, y reconocerlo y repararlo en la medida de lo posible, tanto con los niños y adolescentes como con los padres, dado que la preocupación por los menores puede hacernos perder de vista, circunstancialmente, las dificultades que minan la capacidad de los cuidadores para atenderlos bien y de las que también nos tenemos que ocupar. Una sospecha personal es que la mejor alianza con nuestros pacientes no es la que siempre funciona al mismo buen nivel, sino aquella que exige esfuerzo y reparación, porque alienta la certeza en las personas a las que ayudamos, de que las dificultades no nos desalentarán de seguir proponiéndonos como una base segura, y que las afrontaremos cuando las cosas no estén saliendo bien sin transformarlos en chivos expiatorios de las dificultades en la terapia (lo que es muy probable que les haya ocurrido en su pasado en sus propias familias de origen).

En las sesiones con el padre de Laura, el reconocer la dificultad del papel que se le asignó de cuidador de su padre (yendo a buscarlo a los bares, intentando evitar que bebiera en casa, etc.) y de apoyo para su madre, ayudan a que el padre consiga acercarse de forma firme y a la vez afectuosa, siendo menos sobreprotector, pero sin sobrevalorar la incipiente capacidad de autonomía de su hija. Durante su infancia y su adolescencia se sintió invisible para sus padres, enredados por sus propias dificultades. Su matrimonio había sido una réplica de la misma situación, con las dificultades de la madre de Laura reclamando toda la atención. Al poder expresar sus sentimientos hacia su propia historia y hacia el sufrimiento de su hija comienza a posibilitar la estructuración de un relato coherente donde se pueden integrar las dificultades de Laura con la claudicación de su padre de su esfuerzo de *hacerse cargo*, entender que la familia que formaron desarrolló un guión que replicaba las dificultades de la generación anterior, con el padre inhibido en la toma de decisiones al respecto del cuidado de Laura, y esta haciéndose cargo de la enfermedad de su madre. El padre no supo cómo integrarse en el triángulo abuelos-madre-hija y tomó un papel de *invisibilidad* similar al que sintió tener con sus padres. Ahora se daba cuenta de que había estado tan ausente para Laura como sus padres lo habían estado para él, proceso alimentado por la vehemencia de las dificultades de su hija, que lo paralizaban.

Pero estaba dispuesto a reparar en lo posible la situación. Para Laura, escuchar la reconstrucción del pasado de su padre supuso probablemente la primera ocasión de sentir validados sus sentimientos, a la que vez que se pone un freno a su descontrol conductual. Esto se relaciona con una segunda idea clave: la inconsistencia del cuidado que había recibido Laura y que produce una burbuja de confusión en torno a sus emociones y necesidades, también afecta a su sentido de *agencia*, de poder tomar decisiones y hacer algo por y para sí misma (Abele, A. E.; Wojciszke, B., 2014). Es clara la dificultad de Laura para interpretar las intenciones de los demás (por ejemplo la intención de ayudarla), de la misma manera que se le hace difícil crecer sin tener claro de qué es capaz y qué no, qué quiere y qué no. La actitud del padre, un factor fundamental en el tratamiento, emerge aquí como un reconocimiento adecuado y legitimador de las necesidades de su hija, tanto de protección como de progresiva autonomía. Esto le permite entender qué puede dejar en manos de su hija, y de qué debe hacerse cargo. Paralelamente tratamos de ayudar a ajustar el triángulo que se da entre Laura, su padre y la pareja de este. En una entrevista individual, esta mujer, muy implicada con Laura, nos cuenta que sufrió abusos sexuales en su familia de origen y que esta experiencia la conectaba profundamente con Laura (quien relata haber sido abusada en su preadolescencia por uno de los profesionales que la atendió, sin que esta noticia hubiera tenido mayor alcance, dado que los padres no le dieron verosimilitud y los profesionales anteriores no le prestaron atención, entendiéndolo como una manipulación). Como suele ocurrir, tras una primera

“La mejor alianza con nuestros pacientes no es la que siempre funciona al mismo buen nivel, sino aquella que exige esfuerzo y reparación”.

etapa de *enamoramiento mutuo*, había estallado la reacción negativa al vínculo generándose un proceso irónico: a mayor esfuerzo por acercarse de esta mujer, mayor sentimiento de amenaza por parte de Laura (quizá, por temer el rechazo de ella, quizá por temer repetir la relación con su madre, y porque la centralidad de esta mujer provocaba, de nuevo, una mayor exclusión del padre). Enfocamos la tarea de la pareja como la de alguien que debía, fundamentalmente, dar soporte al padre más que a Laura.

Su madre aparece en las entrevistas individuales y en las que acompaña a su hija o a su ex-marido como la versión adulta y caricaturizada de la Laura que ingresó en el hospital. Reivindica participar del proceso de su hija, pero con agilidad se sitúa en el centro de la escena. Para ella, la relación con la chica es muy frustrante y acaba describiendo una pauta entre la búsqueda de ayuda mutua, frustración y rechazo. Se queja además de no tener ninguna autoridad sobre Laura. Poco a poco vemos cómo empieza a reproducirse el ciclo de empeorar ella al mejorar su hija, lo que se le explicita a ambas, a la vez que su madre pugna por seguir siendo el centro de atención; y nos esforzamos en algunas sesiones conjuntas a ayudarlas a no reproducir la pauta de cuidado y culpa que vienen repitiendo y reconocemos la inseguridad de la madre con respecto al cuidado que precisa intentando redirigirla a los interlocutores con los que debe afrontar su propio vacío: sus padres y su propio terapeuta. Y conseguimos que puedan tomar algo de distancia, al menos la suficiente como para que Laura pueda romper la hasta ahora trágica identificación con su madre y el conflicto de lealtad que sufre cada vez que siente al dar un paso adelante. Mientras, en las sesiones individuales, Laura va ensanchando los círculos de la espiral que va trazando para construir una incipiente autonomía, de los que rescato algunos episodios: Laura comienza una relación de pareja con un chico. Se anticipa a las críticas que cree que podríamos hacerle, teme que le resaltemos los puntos más débiles de la relación. Aceptamos que pueda mantener esa actitud crítica que me atribuye, como un elemento de prudencia colocado en mí, y que le permite hacerse cargo de su deseo de explorar. Realiza pruebas a lo largo de los meses de precoz autonomía: retoma los estudios en el instituto aunque los deja a pesar de que le van bien. Prefiere buscar un trabajo, o estudios menos exigentes. Se plantea ir a vivir con el novio, y al comentarle las dificultades que acarrea la convivencia y la necesidad de que construya su autonomía desde bases sólidas, se enoja acusándonos de no valorar sus avances, que ya no la conocemos y que no le hace falta la ayuda de un psicólogo. Reconstruyendo con ella las secuencias de sesiones anteriores constatamos que ha ampliado su capacidad de reflexionar, que ella misma se hace la crítica, pero que no la puede soportar todavía, como si fuera a negar todo lo bueno que hay en ella y lo que ha conseguido. Entonces, la deposita en nosotros, o en sus padres, acomodándose en la posición opuesta, quejándose de las críticas que en realidad ella ha pensado primero. Todos estos esfuerzos nos señalan que este esfuerzo de incrementar la complejidad y riqueza de su narrativa no es un fenómeno de *todo o nada* sino un

fenómeno de transformación continua y de creciente complejidad. Es frecuente que, en situaciones así, observemos a nuestros pacientes dar pasos atrás y parecer que se desvanecen los cambios que han conseguido. Pero hay otra lectura posible, la de que estos movimientos sean el aparente desorden que surge cuando nuestro modelo interno está intentando asumir un mayor nivel de complejidad, cuando los miembros de la familia están saliendo del guión y empezando a probar nuevas formas de acercarse y de intimar. El miedo ante el cambio les lleva a reaccionar agarrándose a la sensación de seguridad de los viejos hábitos. Si los terapeutas no lo entendemos así, o nos desalentamos, podemos dejar de sostener este proceso en un momento crucial. Que la madre pueda tímidamente salir del centro de la escena, aunque sólo sea ocasionalmente (o, en cualquier caso, que nosotros mantengamos a Laura en el centro del relato), que su padre asuma y legitime el reconocimiento de su sufrimiento, que la pareja del padre ayude desde una distancia estratégica ocupándose legítimamente del apoyo de este hombre, parecen posibilitar que Laura pueda empezar a afrontar el miedo al abandono y sus carencias afectivas. Posiblemente, este periodo es el primero en su vida en el que siente que, por detrás del hasta ahora pobre repertorio de habilidades para la relación, se valida y legitima su vivencia emocional. Con altos y bajos, Laura es capaz durante los dos meses siguientes de mejorar la relación con sus padres, de reconocer que ha ido colaborando en construir una situación de sobreprotección y crítica tanto en casa como en el hospital, y que está avanzando. La estabilidad de una unidad de intervención, el acompañamiento paciente y respetuoso por parte de los profesionales, a pesar de las sucesivas provocaciones y el trabajo en el grupo con otros chicos y chicas, permiten construir una especie de espacio transicional, una base segura, en la que poder explorar sus dificultades, asumir una forma de vinculación adaptada a sus necesidades e integrar su visión extremadamente polarizada en malo - bueno de los demás, en un relato más complejo y coherente. En el esfuerzo por comprender la vivencia de Laura y de los chicos y chicas como ella, pasamos por una «regresión temporal» provisional de nuestra propia mente al nivel en que funciona la suya. Cómo nos dijo Laura: «solo me ha podido ayudar quién se ha puesto en mis zapatos».

Luigi Cancrini explica que cuando las relaciones se vuelven significativas para ellos, la tendencia que muestran es la de fomentar situaciones que puedan provocar en la persona que quisiera ayudarles a cambiar, comportamientos rígidos y repetitivos, similares a los que ellos mismos ponen en marcha (Cancrini, 2007). Esto nos exige a los sistemas profesionales estar atentos a la forma en la que la angustia de estos chicos y sus manifestaciones resuenan en la forma en que los abordamos. En el caso de Laura un claro ejemplo son las apasionadas discusiones del equipo sobre cómo actuar frente a los impulsos de Laura, con los colegas escindiéndose entre quien se identifica con el miedo a las consecuencias de no atender a la angustia de la chica, y los que ven en ella movimientos de manipulación y control. De forma paralela, resuenan las dificultades de los padres entre los que ven sus

heridas y no se atreven a esperar más de ellos, y a los que les resuena la rabia de su hija por su falta de accesibilidad. Justamente es del reconocimiento e integración de estas dificultades, de que seamos capaces de construir una narrativa más rica y compleja, sensible a sus dificultades pero atenta a rescatar su agentividad, que surge la posibilidad de que podamos ayudarles, de conseguir mantener y proponer una forma de funcionamiento más integrada e integradora.

Cuando Laura está lo suficientemente bien como para anticipar la cercanía del momento del alta, se dirige a mí con todo tipo de improperios exigiéndome el alta, con un mensaje que interpretamos como *antes de que me echés me voy yo*. Atendiendo a las muestras de autocontrol que ha dado los meses precedentes, le digo que estoy disponible pero me niego a hablar con ella hasta que no se tranquilice. Al darme la vuelta, coge una silla y empieza a golpear las paredes y a gritar. Nos mantenemos cerca y atentos, pero sin reaccionar. Se calma. Acepta venir a hablar conmigo. Quiere el alta. Podemos reunirnos con la familia, consensuar una fecha, y quedar en un seguimiento postalta a largo plazo.

El momento de mayor dramatismo es cuando, en la sesión, la madre de Laura empieza a decir que no ve bien a la chica y vuelve a las dificultades de relación entre ellas, como si esta vez fuera la madre la que teme avanzar, anticipando el abandono (¿el suyo, el nuestro?). Laura se muestra enfadada y, ante todo, triste. Pero en lugar de explotar le pregunta a su madre que por qué no la ve bien, que si no puede ver lo que ha avanzado. Le dice que es un día para celebrar. Y que debería mostrarse contenta por ella. Podemos rescatar los avances, y nos mantenemos firmes en el acuerdo, con el compromiso de un seguimiento postalta. Esta actuación de Laura muestra un avance, lento pero firme, en su capacidad para mantener una percepción de sí misma congruente e intencional. El esfuerzo realizado parece que ha permitido sostener la tercera idea clave que hemos propuesto: el cuidado sensible que le hemos intentado brindar (y, en especial, el que ha recibido de su padre y de la pareja de este) le está permitiendo integrar mejor sus estados mentales, la variedad de emociones y sentimientos que le suponen las dificultades de su madre y el miedo a afrontar una mayor autonomía. Desde el punto de vista que hemos venido ofreciendo, hay un cambio en la narrativa íntima de Laura (ha cambiado como personaje, hay una evolución en la forma en la que se relaciona y una ampliación de relaciones significativas, ha cambiado su visión de sus padres, se han reconstruido las dificultades de relación en base a las experiencias familiares) y, en consecuencia, en sus relaciones (a través de una propuesta de relación tenaz en interacciones con ella y con sus padres, y estimulando un cambio en la forma de responder, especialmente del padre). Nos queda el interrogante de si con más tiempo de intervención con la familia (cada contexto institucional tiene un calendario que no se corresponde, necesariamente, con el tiempo que precisa el vínculo, y hay que poder anticipar los cortes y separaciones) no podríamos haber incidido en una mejora de la madre de Laura, lo que podría ser un factor preventivo para el sostenimiento de los avances de su hija.

Durante los dos años posteriores a su alta, Laura continuó pasando de tanto en tanto por la unidad para saludar. Consiguió trabajo, retomar los estudios, y después de un intento de convivencia fallido, mantener una relación de pareja estable. Nos hizo saber que no siempre se encontraba bien. Todavía sufría al ver a su madre con su recorrido biográfico paralizado, y utilizando su sufrimiento como una especie de bulimia afectiva, en la que la voracidad no deja espacio para los sentimientos de los otros. Pero, al menos, Laura ya no se sentía responsable y podía sufrir por ella sin dejarse llevar. Se enfadaba, pero no sentía la necesidad de pelearse con ella. Estaba bien con su pareja y, aunque no siempre podía, evitaba buscar su atención de forma abusiva o tramposa. Cuenta Jean-Claude Carrière que cuando le preguntó al neurólogo y escritor Oliver Sacks qué era para él un hombre normal le contestó que «un hombre normal era quizás aquel capaz de contar su propia historia porque sabe de dónde procede (tiene un origen, un pasado, una memoria ordenada), sabe dónde está (su identidad) y cree saber adónde va (tiene proyectos y la muerte al final). Está situado, por lo tanto, en el curso de un relato, es en sí mismo una historia, y puede contarse». Laura es capaz de contar una historia mejor que la que tenía cuando empezamos a trabajar. Ha reescrito su biografía introduciendo elementos que la ayudan a entender el daño sufrido y a no identificarse con él (externalización del problema); sabe dónde está (sus estudios, su trabajo, su pareja) y se proyecta con una imagen positiva en el futuro. Al menos cuenta con las condiciones como para considerarla alguien con la esperanza de vivir una vida que le valga la pena.

Es imprescindible, en casos como este, volver la mirada atrás, al trauma y a antes del trauma, e intentar reconstruir y abordar las dificultades intergeneracionales de los padres y, cuando no es posible, trabajar para que las víctimas construyan una narrativa más amplia con la puedan tener la opción de entender sus dificultades como una función de su contexto de desarrollo y de las respuestas del entorno, y no como rasgos de su personalidad. Constituir una base segura implica ser sensibles a las dificultades de los pacientes para afrontar sus experiencias traumáticas. Insistir en la revisión de la historia, cuando no están en condiciones, puede ser retraumatizante. Una vía alternativa está en centrarse en el reconocimiento de las emociones y en estimular la capacidad para recibir y dar un buen trato. *Las palabras pueden contener magia, pero esta solo funciona, o funciona bien, cuando se construyen las condiciones en las que se pueda creer en ella.*

ANUARIO ABIERTO

CASO CLÍNICO

TRABAJOS PREMIADOS
EN LAS XXIII JORNADAS
DE PSICOLOGÍA Y
SALUD DEL COPG



CASO CLÍNICO

DE VÍCTIMA A SUPERVIVIENTE. UN CASO DE INTERVENCIÓN EN VIOLENCIA DE GÉNERO

Inmaculada Sangiao Novio

PSICÓLOGA CLÍNICA. ÁREA II. SERVICIO DE PSIQUIATRÍA,
HOSPITAL DE LAREDO. SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD.
PROGRAMA DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA A LAS MUJERES.
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA.

Cristina González Freire

PSICÓLOGA INTERNA RESIDENTE DEL COMPLEJO
HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE SANTIAGO DE
COMPOSTELA.

✉ inmasangiao@gmail.com

RESUMEN: Se define la violencia contra las mujeres como todo acto de violencia, basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener por resultado un daño o sufrimiento físico, psicológico o sexual para las mujeres, así como las amenazas de tales actos, la coacción o privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada (Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, Beijing, 1995). En el presente trabajo se presenta el caso clínico de una mujer de 25 años derivada al programa de atención psicológica a víctimas de violencia de género. Derivada por su médico de cabecera por sintomatología ansioso depresiva. Varias visitas a urgencias por crisis de ansiedad y agresiones físicas que en un primer momento no se ponen en relación con la violencia ejercida por su pareja. Se describe el proceso de intervención, teniendo como objetivos principales la seguridad de la mujer, la reducción de los síntomas y empoderamiento y retomar el control de su vida.

PALABRAS CLAVE: violencia de género, intervención psicológica, fases de tratamiento.

ABSTRACT: Violence against women is defined as any act of violence, based on belonging to the female sex, that has or may result in physical, psychological or sexual harm or suffering for women, as well as the threats of such acts, the coercion or arbitrary deprivation of liberty, whether it occurs in public or private life (Declaration on the Elimination of Violence against Women, Beijing, 1995). In the present work, the clinical case of a 25 year old woman referred to the program of psychological care for victims of gender violence is presented. Derived by her doctor for presenting anxious depressive symptomatology. Several visits to the emergency room due to anxiety attacks and physical aggressions that at first are not related to the violence exerted by his partner. The intervention process is described, having as main objectives the safety of the woman, reduction of the symptoms and empowerment and regain control of her life.

KEY WORDS: gender violence, psychological intervention, treatment phases.

SUMARIO:

- 1 Introducción.
- 2 Datos sociodemográficos.
- 3 Motivo de consulta.
- 4 Objetivos.
- 5 Intervención.
- 6 Conclusiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Bosch, E., Ferrer, V. A. y Alzamora, A. (2005). *Algunas claves para una psicoterapia de orientación feminista en mujeres que han padecido Violencia de Género*. *Feminismo/s*, 6, 121-136.
- Consejería de Sanidad y Salud Pública. Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Cantabria. *Protocolo de actuación sanitaria ante los malos tratos*. Servicio Cántabro de Salud, 2005.
- Consejería de Sanidad y Salud Pública. Dirección General de Salud Pública. Gobierno de Cantabria. *Protocolo de atención sanitaria a víctimas de agresiones/abusos sexuales*. Servicio Cántabro de Salud, 2017 (actualización).
- Dio Bleichman, E. (2011). *Mujeres tratando a mujeres con mirada de género*. Octaedro.
- Garriga, A. y Martín J.C. (2010). *Guía de práctica clínica: Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja*. Servicio Murciano de Salud. Región de Murcia.
- Herman, J. (2004). *Trauma y recuperación: cómo superar las consecuencias de la violencia*. Madrid: Espasa.
- Hirigoyen, M. F. (2006). *Mujeres maltratadas: los mecanismos de la violencia en la pareja*. Paidós Ibérica.
- Romero, I. (2010). *Intervención en violencia de género. Consideraciones en torno al tratamiento*. *Intervención Psicosocial*, 19, 2, 191-199.

Romero, I. (2015). *Guía de intervención en casos de violencia de género*. Editorial Síntesis.

Sanz, F. (2004). Del mal trato al buen trato. En C. Ruiz-Jarabo y P. Blanco Prieto. *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección*. Díaz de Santos. Madrid.

Walker, L. E. (2012). *El síndrome de la mujer maltratada*. Desclée De Brouwer.

1 | Introducción

Las propuestas de intervención en violencia de género se están centrando en las potencialidades de las mujeres con el fin de ayudarlas a que recuperen el control de sus vidas y situarlas en posiciones de mayor autonomía, poder y confianza en sí mismas. Según la mayoría de las autoras en este campo, las intervenciones psicoterapéuticas en violencia de género se centran en los objetivos básicos de obtener la seguridad de la mujer, el empoderamiento, la reducción de los síntomas y en retomar el control de sus vidas. Walker (2012) enumera los principios básicos de la terapia de la superviviente, donde además de incluir los objetivos mencionados, incide en enfatizar las fortalezas. Herman (2004) considera que las fases de la recuperación en estos casos consisten en establecer la seguridad, elaborar el recuerdo y el luto y la reconexión con la vida. Bosch et al. (2005) desarrollan un modelo de psicoterapia de orientación feminista dirigida a mujeres que sufren violencia de género. Este modelo de intervención parte de que la mujer no solo es víctima de un sujeto violento, sino de una sociedad patriarcal que inculca la violencia como recurso legítimo. Algunas de las consideraciones desde esta perspectiva refieren la necesidad de huir de las explicaciones centradas en la psicología individual, adoptar una perspectiva de género, el trabajo multidisciplinar y coordinado entre distintos agentes en la intervención y la importancia de desnaturalizar y visibilizar la violencia. Romero (2010) aborda los conceptos a tener en cuenta a la hora de intervenir, recogiendo que la perspectiva de género, la desnaturalización de la violencia, el posicionamiento contra la violencia, la especialización profesional y la toma en consideración de los hijos serían elementos clave.

2 | Datos sociodemográficos

Mujer de 25 años, hija única, soltera, sin hijos, reside en estos momentos con sus padres tras abandonar la relación de pareja. No antecedentes previos de tratamientos. Trabajo remunerado. Varios intentos previos de abandono de la relación anteriormente. Quiere interponer denuncia por violencia de género en el último año y medio de relación de pareja. Consciente de haber sufrido violencia, refiere violencia física, psicológica, económica, ambiental, social y sexual.

Se pueden enumerar algunos ejemplos de tipos de violencia que relata:

- Violencia física: golpes, arañazos...
- Violencia psicológica: insultos, descalificaciones, ridiculización, atribución de la culpa de su comportamiento...
- Violencia económica: exigencia de manejo de su cuenta bancaria, darle todo el dinero del mes, llevar control de gastos/ingresos...
- Violencia ambiental: golpear puertas, ventanas... con el fin de generar miedo. "creo que a veces hacía esas cosas por no golpearme a mí".
- Violencia social: aislamiento de familia, amistades, intentos de que abandone el trabajo...
- Violencia sexual: insistencia en mantener relaciones sexuales, exigir relaciones sexuales tras una discusión,...

3 Motivo de consulta

Violencia de género en la última relación de pareja de año y medio de duración. Derivada al programa por su médico de cabecera por sintomatología ansioso depresiva y varias visitas a urgencias por crisis de ansiedad y agresiones físicas que en un primer momento no se ponen en relación con la violencia ejercida por su pareja. En estos momentos se plantea interponer denuncia por violencia de género.

En la primera entrevista clínica refiere síntomas postraumáticos: hiperactivación, pesadillas, *flashbacks* de la experiencia traumática, sensación de extrañeza/irrealidad, amnesia para ciertos episodios, embotamiento, dificultades para organizar cronológicamente un relato de lo sucedido, necesitando para ello una agenda donde relata fragmentos de la historia durante el último año y medio de relación de pareja y episodios de violencia.

4 Objetivos

- Seguridad de la mujer.
- Coordinación con otros servicios de asistencia jurídica. Apoyo durante el proceso.
- Reconstrucción de la historia traumática: identificación de situaciones de maltrato a través de su historia. Poner en palabras su historia en un contexto de seguridad. Recuerdo y luto.
- Validación de sus sentimientos.
- Énfasis en fortalezas. Paso de la visión de víctima a superviviente.
- Reconexión con los demás y consigo misma.
- Entender la opresión de género.
- Tomar sus propias decisiones.
- Reducción de síntomas.
- Identificación de heridas de género y establecimiento de relaciones de buen trato.

5 Intervención

1. Establecimiento de un vínculo terapéutico.
2. Coordinación y orientación hacia el asesoramiento jurídico. Se pone en contacto con servicio de asesoramiento jurídico previamente a interposición de denuncia.
3. Ponerle nombre a la violencia, poner nombre a las emociones que siente

y validarlas. Identificar las estrategias de control coercitivo, las diferentes formas de maltrato y el daño psicológico consecuente. Ayudar a reconocer la violencia y poner palabras a las estrategias de maltrato. Al visibilizar las estrategias de control coercitivo, las diferentes formas de maltrato y las heridas psicológicas, la mujer aprende a relacionar las conductas abusivas con su propio malestar.

4. Identificación de emociones que surgen: miedo, culpa y vergüenza. Identificar el significado de las emociones que surgen y resignificar los síntomas que aparecen como respuestas normales ante situaciones anormales. Los síntomas postraumáticos que aparecen también se interpretan como un intento de dar sentido y significado a la experiencia, como intentos de asimilar lo ocurrido: los síntomas de hiperactivación como una señal de la necesidad de mantenerse alerta y los síntomas de extrañeza o anestesia emocional, que fueron respuestas de afrontamiento de la situación de maltrato, como momentos de darse un tiempo muerto de respiro y recuperación, de ir afrontando poco a poco las cosas.
5. Construir un relato, integrar la experiencia para conseguir que la mujer consiga relatar su historia de maltrato y de vida de forma integrada a la vez que se produce la transformación de las memorias traumáticas. Se trata de relatar en un contexto de seguridad su historia. Trabajamos la idea de abordaje progresivo, a su ritmo, siendo cautas y no apresurarse. A veces la idea de “desenterrar los recuerdos” porque “si hablo de ello me curaré” tiene efectos perjudiciales. Esta fase se debe realizar una vez que se ha creado un vínculo de seguridad.
6. Identificación de mandatos de género, las heridas de género, su ideal de amor, el contexto en el que ha crecido, la historia familiar y sus relaciones significativas. Para ello utilizamos gráficos en donde se pueda ir colocando de forma cronológica y no inconexa, que permitan elaborar un relato organizado en el tiempo. Identifica el momento en el que conoce a su expareja, que coincide con su necesidad de abandono del núcleo familiar y necesidad de salir de ese núcleo conflictivo.
7. Duelo y luto: aceptación del final de una relación donde se habían depositado unas expectativas.
8. Reconexión con la vida en el sentido de reconstruir su vida, reconectándose a otras personas y proyectos vitales que aporten nuevos significados. Visibilizar relaciones de buen trato. Plantea como objetivos vitales: cambiar de trabajo y la necesidad de independencia y autonomía a través de independizarse del núcleo familiar. Establece nuevos vínculos y se involucra en una asociación de mujeres.

6 Conclusiones

Se observa progresivamente una mejora cualitativa a medida que se va trabajando con ella, con reducción de la sintomatología que estaba presente al inicio. Se consigue estabilización a medida que se va trabajando en la reconstrucción de su historia. Persisten temores en relación al proceso judicial en el que todavía está inmersa. Como conclusión y a modo de reflexión a la hora de realizar intervenciones en contextos de violencia de género se enfatiza la necesidad de formación de profesionales sanitarios en detección de violencia de género dado que el contexto sanitario constituye un lugar privilegiado para la detección de los casos de violencia y la necesidad de respetar los tiempos. La intervención que se realiza con mujeres víctimas de violencia depende fundamentalmente de cómo nos posicionamos los profesionales, dado que en función de nuestra actitud ante la violencia de género y ante las mujeres, así interpretaremos quién es la mujer, qué le está pasando, por qué se mantiene en una relación violenta, por qué no lo denuncia y, dependiendo de cómo nos situemos ante ella, o bien la culpabilizaremos o bien la acompañaremos en su proceso de recuperación. También es un concepto fundamental la necesidad de trabajo en red, la coordinación con otros agentes intervinientes y la formación especializada en este campo.



unsplash.com
©fairytailphotography

COMUNICACIÓN ORAL

TRABAJO PREMIADO EN LAS XXIII JORNADAS
DE PSICOLOGÍA Y SALUD DEL COPG

EL ESTRÉS PSICOSOCIAL Y SU INFLUENCIA EN LA SINTOMATOLOGÍA ANSIOSO- DEPRESIVA EN PACIENTES ATENDIDOS EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL.

Carlos Álvarez García

PSICÓLOGO CLÍNICO. CHUS.

✉ luis.carlos.alvarez.garcia@sergas.es

Cristina González Freire

PSICÓLOGA INTERNA RESIDENTE. CHUS.

✉ cristina.gonzalez.freire@sergas.es

RESUMEN: **Objetivos:** analizar la relación entre dos diferentes tipos de estrés psicosocial (estrés crónico y acontecimientos vitales) en la sintomatología ansioso-depresiva y observar el papel de las variables mediadoras (percepción de estrés y estrategias de afrontamiento) en la mayor o menor intensidad de dicha sintomatología. **Método:** se tomó una muestra clínica de pacientes que acuden a una USM a la primera consulta, a la que se le administran diferentes instrumentos para evaluar las variables a estudiar. **Resultados:** Los resultados mostraron una correlación positiva entre las variables de estrés psicosocial y la sintomatología ansioso-depresiva. Las estrategias de afrontamiento y la percepción de estrés modulan dicha sintomatología. **Conclusiones:** El estrés psicosocial es una variable muy significativa en los pacientes atendidos en las USM. Además, el apoyo social y las estrategias de afrontamiento proporcionan una estrategia terapéutica muy útil para el tratamiento de estos problemas.

PALABRAS CLAVE: estrés psicosocial, estrategias de afrontamiento, estrés crónico, acontecimientos vitales, sintomatología ansioso-depresiva.

ABSTRACT: **Objective:** to analyze the relationship between two different types of psychosocial stress (chronic stress and life events) in the anxiety-depressive symptomatology and to observe the role of the mediating variables (perception of stress and coping strategies) in the greater or lesser intensity of said symptomatology.

Method: a clinical sample was taken of patients who attended a USM at the first consultation, to which different instruments were administered to evaluate the variables to be studied.

Results: The results showed a positive correlation between the psychosocial stress variables and the anxious-depressive symptomatology. Coping strategies and the perception of stress modulate this symptomatology.

Conclusions: psychosocial stress is a very significant variable in the patients treated in the USM. In addition, social support and coping strategies provide a very useful therapeutic strategy for the treatment of these problems.

KEY WORDS: psychosocial stress, coping strategies, chronic stress, life events, anxious-depressive symptomatology.

SUMARIO:

- 1 Introducción.
- 2 Material y método.
- 3 Resultados.
- 4 Conclusiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Holmes, T. H. y David, E. M. (1989). *Life change, life events, and illness*. Nueva York: Praeger.

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer Publishing Company.

Sandín, B. *Estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas*. Ed. Klinik. En Belloch, A. (2008) Vol.2 capítulo 1.

Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Londres: Hodder & Stoughton.

1 Introducción

Dentro de la amplia conceptualización, investigación y diferentes aproximaciones en el estudio del estrés, destaca el papel del estrés psicosocial como una variable relacionada con diferentes enfermedades somáticas y mentales.

El estudio del estrés desde la perspectiva de quien lo padece es muy significativo y se ha estudiado desde distintos campos de la salud, fundamentalmente desde su impacto en las enfermedades somáticas como en enfermedades mentales y problemas psicológicos.

Un estresor psicosocial se puede definir “en términos de condiciones psicosociales que el individuo percibe como amenaza, demanda, desafío, o pérdida y que ponen en peligro la integridad funcional del individuo” (Sandín, 2008).

Consideramos que el uso del paradigma del estrés psicosocial puede ser de gran utilidad en la conceptualización del trabajo y abordaje terapéutico de un gran número de casos que acuden a las Unidades de Salud Mental.

2 Material y método

El estudio es de carácter transversal. La muestra estuvo compuesta por 156 pacientes, los cuales fueron evaluados durante la primera consulta en la USM, para obtener las principales medidas de las variables a estudiar:

- Los acontecimientos vitales y los estresores crónicos se obtuvieron a partir de la entrevista clínica.
- La ansiedad se midió mediante el cuestionario ASI-3 (Anxiety Sensitivity Index-3; Taylor et al., 1998; Sandín et al., 2004).
- La sintomatología depresiva se obtuvo mediante el cuestionario BDI-II (Beck, 1996).
- La percepción de estrés se midió mediante la Escala *Perceived Stress Scale* (PSS) de Kamarck et al., 1983.
- Para evaluar las estrategias de afrontamiento se utilizó la escala CAE (Cuestionario de afrontamiento al estrés; Sandín et al., 1992).

El análisis de datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS.



unsplash.com
©ethanhaddox

3 Resultados

Los resultados mostraron una correlación positiva entre las variables de estrés psicosocial y la sintomatología ansioso-depresiva. De los dos tipos de estresores las situaciones de estrés crónico estaban más relacionadas con dicha sintomatología.

Había una correlación, también positiva, entre los diferentes tipos de estresores y la percepción de estrés, y entre este y la sintomatología. La variable percepción de estrés actúa como una variable mediadora entre los estresores y la sintomatología.

Igualmente, las estrategias de afrontamiento también modulan la sintomatología. Los pacientes que utilizaban estrategias de afrontamiento positivas (por ejemplo, focalización en el problema y búsqueda de apoyo social) tenían menos sintomatología ansioso-depresiva. Por otro lado, el uso de estrategias inadecuadas (por ejemplo, autofocalización negativa) correlacionaba positivamente con una mayor sintomatología.

4 Conclusiones

Los resultados son congruentes con la literatura. Consideramos que el estrés psicosocial es una variable muy significativa en los pacientes que se atienden en las USM, relacionada también con la duración de los tratamientos y la tendencia a la cronicidad de algunos de los diagnósticos.

Las variables mediadoras, apoyo social y estrategias de afrontamiento proporcionan una estrategia terapéutica muy útil para el tratamiento de estos problemas.

“Los pacientes que utilizaban estrategias de afrontamiento positivas (por ejemplo, focalización en el problema y búsqueda de apoyo social) tenían menos sintomatología ansioso-depresiva”.

COMUNICACIÓN ESCRITA-PÓSTER

TRABAJO PREMIADO EN LAS XXIII JORNADAS
DE PSICOLOGÍA Y SALUD DEL COPG

UNA EXPERIENCIA PRÁCTICA: TERAPIA DE GRUPO DE ADOLESCENTES, UNA INTERVENCIÓN INTEGRADORA

Paula Marcos Carregal
Esther López Morcillo
Emma López Cerdido

PSICÓLOGAS INTERNAS RESIDENTES. COMPLEJO
HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE FERROL

Eduardo Martínez Lamosa
PSICÓLOGO CLÍNICO

✉ paula.marcos.carregal@sergas.es

RESUMEN: Los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo comparten etiología y factores de riesgo comunes y frecuentemente son experimentados al mismo tiempo. Los tratamientos transdiagnósticos tienen la capacidad de centrarse en los factores de vulnerabilidad comunes y abordar un conjunto amplio de problemas.

La creciente demanda de pacientes adolescentes y las limitaciones presentadas en las unidades asistenciales para un tratamiento con una frecuencia adecuada impulsan a abrir nuevos métodos de trabajo, a través de una Terapia de Grupo, donde se tratan contenidos específicos relacionados con el rol desempeñado, de una manera lúdica a la vez que constructiva.

El objetivo de este estudio es arrojar datos preliminares sobre la implantación de un protocolo de Terapia de Grupo de Adolescentes como posible recurso para las Unidades de Salud Mental, para la población de entre 16 y 18 años del área sanitaria de Ferrol.

PALABRAS CLAVE: Terapia de grupo, adolescentes, transdiagnóstico, ansiedad, depresión.

ABSTRACT: Anxiety and mood disorders share a common etiology and risk factors and are often experienced at the same time. Transdiagnostic treatments have the ability to focus on common vulnerability factors and address a broad set of problems.

The growing demand of adolescent patients and the limitations presented in the care units for a treatment with an adequate frequency encourage to open new methods of work, through a Group Therapy, where specific contents related to the role played are treated, in a playful as well as constructive way.

The aim of this study is to provide preliminary data on the implementation of a protocol of Adolescent Group Therapy as a possible resource for Mental Health Units, for the population between 16 and 18 years of age in the health area of Ferrol.

KEY WORDS: Group Therapy, adolescent, transdiagnostic, anxiety, depression.

SUMARIO:

- 1 Introducción.
- 2 Material y método.
- 3 Resultados.
- 4 Conclusiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Aláez Fernández, M., Martínez Arias, R. y Rodríguez Sutil, C. (2000). *Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género*. *Psicothema*, 12(4). V
- Angarita, G. P., Sandoval, A., y Umbarila, D. (2004). *Adolescencia y depresión*. *Revista colombiana de psicología*, 13(1), 13-28.
- Beyebach, M., y De Vega, M. H. (2016). *200 tareas en terapia breve: individual, familiar y de pareja*. Herder.
- Del Barrio Gandara, V. (2000). *La depresión infantil: factores de riesgo y posibles soluciones*. Aljibe.
- Fernandez Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. y Angold, A. (2003). *Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence*. *Archives of general psychiatry*, 60(8), 837-844.
- Grist, R., Croker, A., Denne, M. y Stallard, P. (2018). *Technology Delivered Interventions for Depression and Anxiety in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis*. *Clinical child and family psychology review*, 1-25.
- Fonseca-Pedrero, E. et al. (2011). *Prevalencia y características de la sintomatología depresiva en adolescentes no clínicos*. *Actas Esp Psiquiatr*, 39(4), 21725http:// http://www.p3-info.es/PDF/
- Sepúlveda Ramírez, M. G., Alcaíno Maldonado, C. A., García Acuña, G. A., Alcaíno Maldonado, C., Benzi Tobar, G., Castro Delgado, C. y Osorio Inostroza, E. (2012). *Psicoterapia evolutiva constructivista en niños y adolescentes: métodos y técnicas terapéuticas. Juegos, imágenes, diálogos*.
- Zhou, X., Zhang, Y., Furukawa, T. A., Cuijpers, P., Pu, J., Weisz, J. R. y James, A. C. (2018). *Different Types and Acceptability of Psychotherapies for Acute Anxiety Disorders in Children and Adolescents: A Network Meta-analysis*. *JAMA psychiatry*.
- Zubeidat, I., Fernández-Parra, A., Ortega, J., Vallejo, M. Á. y Sierra, J. C. (2009). *Características psicosociales y psicopatológicas en una muestra de adolescentes españoles a partir del Youth Self-Report/11-18*. *Anales de Psicología*, 25(1).

1 Introducción

Existe un aumento en la incidencia de la depresión a edades tempranas, además de un incremento de las tasas o intentos de suicidio, siendo uno de los mayores problemas de salud en la sociedad actual, como lo es la depresión en el adulto (Angarita, 2004).

En estudios de prevalencia llevados a cabo en España, se pueden encontrar porcentajes de entre un 4-14% (Del Barrio, 2000). De manera similar, se identifica que hasta el 10% de los niños y el 20% de los adolescentes sufrirán de un trastorno de ansiedad (Essau et al., 2012). También son importantes las cifras encontradas de síntomas subclínicos de ansiedad y depresión en este rango de edad, llegando a valores de entre un 20 y un 50%.

En un estudio realizado sobre prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes cuyos padres solicitan tratamiento psicológico en un Centro Comunitario de Salud en Madrid (Aláez Fernández, 2000) se ha visto que en la muestra de entre 14 y 18 años, los trastornos de conducta son los más prevalentes (con un 39%), seguidos de trastornos depresivos (19,5%) y ansiedad (un 11%).

La comorbilidad existente entre trastornos depresivos y de ansiedad en esta población es alta: se ha encontrado que el 17% de los niños diagnosticados de trastorno de ansiedad cumplían igualmente los criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo (Anderson, Williams, McGee y Silva, 1987).

En cuanto a recurrencia, se puede decir que es común en la adolescencia: hasta un 75% experimenta un episodio subsiguiente de depresión dentro de los 5 años siguientes (Lewinsohn et al., 2000).

Debido a que las tasas de casos de depresión continúan creciendo (en España se estima que hay más de dos millones de pacientes con depresión) y que la edad de aparición de la depresión está disminuyendo, la presencia de síntomas depresivos subclínicos en la adolescencia puede ser entendida como un importante factor predictor del riesgo de depresión en la edad adulta.

También ha despertado interés en los ámbitos académicos debido a su impacto en las aulas. Así, múltiples síntomas depresivos como la falta de concentración, pérdida de interés, falta de iniciativa, retardo psicomotor, baja autoestima o el aislamiento social pueden tener un importante efecto negativo en la ejecución escolar, traducido frecuentemente en la obtención de menores calificaciones promedio frente a alumnos sin depresión.

Debido además a que la depresión adolescente tiene un impacto negativo en las relaciones y las trayectorias de desarrollo y que aumenta el riesgo de intento y suicidio (Birmaher et al., 1996; Fletcher, 2008; Gould et al., 2003), se ha convertido hoy en día en una población de gran importancia. Los trastornos de ansiedad se asocian con un bajo rendimiento académico y afectan negativamente las relaciones, junto con el aumento del riesgo de depresión, la dependencia de drogas ilícitas y el bajo rendimiento educativo en la edad adulta temprana (KimCohen et al., 2003; Woodward y Fergusson 2001).

A la luz de estos datos, cobran importancia la detección de síntomas de ansiedad y depresión en la adolescencia, así como la posibilidad de programas de intervención precoz, y nuevos métodos de trabajo.

Es por ello, que ante la limitación de recursos para dar respuesta a las necesidades de la creciente demanda de pacientes adolescentes en las Unidades de Salud Mental (USM), se ha desarrollado desde la USM III del Complejo Hospitalario Universitario de Ferrol una terapia de grupo de naturaleza transdiagnóstica e integradora,



rawpixel.com

cuyo objetivo es la disminución de problemas internalizantes (ansiedad, depresión y somatizaciones). El fin último es establecer un protocolo de colaboración con otras Unidades de Salud Mental para cubrir de modo apropiado las necesidades de esta población.

Se describe aquí la intervención protocolizada, así como los datos de la eficacia recogidos tras una primera experiencia.

2 Material y método

Los participantes de la primera terapia de grupo fueron ocho adolescentes de entre 16 y 18 años, derivados a la USM III. Primeramente existe un proceso de cribado en el que se buscaba un perfil de síntomas internalizantes, mediante una entrevista individual. Posteriormente se inicia la terapia de grupo, de ocho sesiones con frecuencia semanal.

Para perfilar el contenido de las sesiones se parte de una revisión bibliográfica sobre las dificultades más prevalentes de pacientes de este rango de edad, así como la forma de abordarlos. Posteriormente se realiza un análisis descriptivo de la demanda existente en la Unidad de Salud Mental III del CHUF, a través de una revisión de las historias clínicas y su sintomatología predominante. Posteriormente, tras una evaluación de las necesidades y forma de abordaje, se decide realizar un protocolo de Terapia de Grupo de naturaleza transdiagnóstica.

El contenido de las sesiones incluyó una serie de conceptos fundamentales, comunes y específicos de este grupo de pacientes: autoconcepto, afecto negativo, distorsiones cognitivas, rol social, proyectos vitales, relaciones familiares, mentalización y resolución de conflictos.

Se realiza además, una evaluación pre y post tratamiento, mediante las herramientas Child Behaviour Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR), y el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento. Para el presente análisis se compararon las diferentes medidas a través de contrastes no paramétricos (prueba de Wilcoxon para muestras pareadas).

3 Resultados

Según el CBCL, que se corresponde con la información aportada por los padres y/o las madres de los pacientes, se han registrado cambios estadísticamente significativos en la subescala de Problemas de pensamiento, pasando de una puntuación T de 61 antes del tratamiento a una puntuación de 55 al finalizar ($p=0,03$).

Por otro lado, en las pruebas autoinformadas por los propios pacientes (YSR), se han observado cambios también significativos en la subescala de Aislamiento, que pasó de una puntuación T de 75 a otra de 72 ($p=0,05$).

En cuanto a los estilos de afrontamiento, también se han observado cambios significativos en varias subescalas: un incremento en Buscar apoyo social ($p=0,01$), Centrarse en la solución ($p=0,01$), Acción social ($p=0,03$), Buscar ayuda profesional ($p=0,01$) y Buscar diversiones relajantes ($p=0,03$); así como un descenso en Reducción de la tensión ($p=0,03$) y Reservarlo para sí ($p=0,02$).

“Se realizó un análisis descriptivo de la demanda existente en la Unidad de Salud Mental III del CHUF, a través de una revisión de las historias clínicas y de su sintomatología predominante”.

4 Conclusiones

Se ha visto pues, que esta experiencia ha generado un alto nivel de satisfacción por parte de los participantes, así como una buena alianza entre ellos y con los terapeutas. La terapia grupal ha tenido efectos, aunque de manera parcial, sobre la sintomatología internalizante (especialmente en la dimensión de aislamiento) y sobre las alteraciones del pensamiento. Por otro lado, se ha mostrado útil para actuar sobre otras variables de nivel medio, promoviendo el uso de estilos de afrontamiento más funcionales (búsqueda de apoyo social, concentrarse en la resolución, acción social, buscar ayuda profesional y buscar diversiones relajantes) y reduciendo otros estilos más disfuncionales (reducción de la tensión, reservarlo para sí).

Además, tras ocho meses de finalización de la Terapia de Grupo, tan solo uno de los ocho adolescentes ha vuelto a necesitar consultas de psicología clínica (con próxima alta en la terapia individual).

Las conclusiones deben tomarse con cautela dado el reducido tamaño de la muestra estudiada. En estos momentos, la existencia y la puesta en marcha del protocolo de actuación ha permitido la realización de otros dos grupos más, con los que podremos comprobar la veracidad de los resultados y la eficacia del mismo.

Finalmente, podemos concluir que estos primeros resultados han arrojado luz sobre las intervenciones grupales que, adecuadamente diseñadas y planificadas para abordar las dificultades específicas de los pacientes, pueden ser una herramienta útil en el tratamiento y la prevención de la psicopatología desde las Unidades de Salud Mental.




UNA EXPERIENCIA PRÁCTICA: TERAPIA DE GRUPO DE ADOLESCENTES, UNA INTERVENCIÓN INTEGRADORA.

Marcos Carregal, P.; López Cerdido, E.; López Morcillo, E.; Martínez Lamosa, E.

INTRODUCCIÓN

Hay una elevada comorbilidad entre los trastornos depresivos y los de ansiedad en la población adolescente. Este tipo de problemas pueden generar un gran impacto en su desarrollo psicológico, las relaciones sociales, el rendimiento académico o incrementar el riesgo de suicidio y de conductas de abuso o dependencia de sustancias.

Ante la limitación de recursos para dar respuesta a las necesidades de la creciente demanda de pacientes adolescentes en las Unidades de Salud Mental, surgen nuevos métodos de trabajo destinados a esta población: las terapias de grupo permiten dar una respuesta asistencial con una frecuencia adecuada, posibilitan la interacción entre sus participantes y ofrecen un rico contexto de aprendizaje y modelado mutuo.

En la Unidad de Salud Mental (USM-8) del Complejo Hospitalario Universitario de Feroil se desarrolla una **terapia de grupo de naturaleza transdiagnóstica e integradora**, cuyo objetivo es la eliminación de problemas internalizantes (**ansiedad, depresión y somatización**). El fin último de esta experiencia es establecer un protocolo de colaboración con otras Unidades de Salud Mental para cubrir de modo apropiado las necesidades de esta población.

Se describe aquí la intervención protocolizada, así como los datos de la eficacia recogidos tras esta primera experiencia.

RESULTADOS

Según la información aportada por los padres y/o las madres de los pacientes (CBCL) se han registrado cambios estadísticamente significativos en la subescala de **Problemas de pensamiento**. Por otro lado, en las pruebas autoinformadas (YSR), se han observado cambios post-tratamiento también significativos en la subescala de **Aislamiento**.



También se han observado cambios en varios de los **estilos de afrontamiento** evaluados, siendo significativos algunas de estas diferencias:



MATERIAL Y MÉTODO

Los participantes de la terapia fueron **ocho adolescentes** de entre **16 y 18 años** derivados a la USM-8, seleccionados tras un proceso de cribado en el que se buscaba un **perfil de síntomas internalizantes**. La terapia consistió de **8 sesiones de frecuencia semanal**.

El contenido de estas sesiones incluyó una serie de conceptos fundamentales, comunes y específicos de este grupo de pacientes: autoconcepto, afecto negativo, distorsiones cognitivas, rol social, proyectos vitales, relaciones familiares, mentalización y resolución de conflictos. Todos ellos se han abordado con técnicas provenientes de diferentes marcos teóricos, adecuándose en todo momento a la población destinataria de una manera integradora y coherente.

Se tomaron medidas pre y post-tratamiento mediante las herramientas Child Behavior Checklist (CBCL), Youth Self-Report (YSR) y el **Cuestionario de Estilos de Afrontamiento**. Para el presente análisis, se compararon las diferentes medidas a través de contrastes no paramétricos (*prueba de Wilcoxon para muestras pareadas*).

CONCLUSIÓN

Esta experiencia ha generado un **alto nivel de satisfacción** por parte de los participantes, así como una **buena alianza** entre ellos y con los profesionales. La terapia grupal **ha tenido efectos, aunque de manera parcial, sobre la sintomatología internalizante** (especialmente en la dimensión de aislamiento) y sobre las **alteraciones del pensamiento**. Por otro lado, se ha mostrado útil para actuar sobre otras variables de nivel medio, **promoviendo el uso de estilos de afrontamiento más funcionales** (buscar apoyo social, concentrarse en la resolución, acción social, buscar ayuda profesional y buscar diversiones relajantes) y **reduciendo otros estilos más disfuncionales** (reducción de la tensión, reservarlo para sí).

Las conclusiones derivadas de este estudio **deben tomarse con cautela** dado el reducido tamaño de la muestra estudiada. Será oportuno realizar un seguimiento con un mayor número de participantes para conocer si es preciso realizar modificaciones sobre el programa terapéutico, a fin de lograr un mayor grado de eficacia. Finalmente, de estos primeros resultados se desprende la idea de que las intervenciones grupales adecuadamente diseñadas y planificadas para abordar las dificultades específicas de los pacientes **pueden ser una herramienta útil en el tratamiento y la prevención de la psicopatología** desde las Unidades de Salud Mental.

CONTACTO

psico@uniferoil.es
psico@uniferoil.es
emma.lopez@uniferoil.es
psico@uniferoil.es

BIBLIOGRAFÍA

Arns, A., Ertan, A., Deriva, M., & Bakkari, F. (2018). Technology-Based Interventions for Depression and Anxiety in Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-analysis. *Child: An Interdisciplinary Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(12), 2155-2165.

Segurado Ramirez, M. D., Moreno Malaveira, C. A., Garcia Anillo, G. R., Suarez Malaveira, C., Bello Tobar, S., Castro Delgado, C., ... & Duarte Ibarra, E. (2019). Psicoterapias medicadas combinadas en niños y adolescentes. *Artículo de Revisión de Literatura Científica*, 1(1), 1-10.

Bass, A., Zhang, Y., Pothuizen, H. H. G., van der Weide, R., & Buitrago, A. A. (2018). Outcome Types and Appropriateness of Psychotherapies for Acute Anxiety Disorders in Children and Adolescents: A Network Meta-analysis. *Child Psychiatry and Human Development*, 49(1), 1-10.

OBJETIVO DE LA PUBLICACIÓN

El *Anuario* fue, y es, una publicación abierta. Nace con el propósito de dar voz y oído, de invitar a la reflexión de los que escriben y de los que leen, sobre temas de interés para la Psicología Clínica. Cada número se vertebra sobre un tema central, enfocado desde diversos ángulos, incluyendo áreas de conocimiento ajenas a la propia, pero que pueden aportar nuevos mapas.

PERIODICIDAD DE LA PUBLICACIÓN

Publicación de carácter anual.

AUTORES DE LOS ARTÍCULOS DEL MONOGRÁFICO

Los artículos serán solicitados a los autores por parte del Equipo de Redacción del *Anuario*, los textos deben ser originales y el estilo será libre, siguiendo el objetivo general marcado por el Equipo.

La EXTENSIÓN máxima será de 15 páginas, letra Times New Roman, tamaño 12, interlineado sencillo.

La ESTRUCTURA del artículo será la siguiente:

- Título
- Autor, lugar de trabajo e e-mail de contacto.
- Resumen (150 palabras) en español o gallego y en inglés.
- Palabras clave: entre 3 y 5, en español o gallego y en inglés.
- Bibliografía estilo APA: mínimo de 5 referencias y máximo de 20.

ANUARIO ABIERTO: CASOS CLÍNICOS

Se incluirán descripciones de uno o más casos clínicos que supongan una aportación al conocimiento de la psicopatología o de la intervención psicoterapéutica.

La EXTENSIÓN máxima del texto será de 6 páginas, letra Times New Roman, tamaño 12, interlineado sencillo.

La ESTRUCTURA del Caso Clínico deberá ser la siguiente:

- Título.
- Nombre y apellidos de los autores, centro de trabajo y un e-mail de contacto.
- Resumen (150 palabras): en gallego o en español, y en inglés.
- Palabras clave: entre 3 e 5, en gallego o en español, y en inglés.
- Introducción.
- Datos sociodemográficos.
- Motivo de consulta.
- Objetivos.
- Intervención.
- Conclusiones.
- Referencias bibliográficas: según la normativa de la APA, con un mínimo de 5 y un máximo de 20 referencias bibliográficas.

ANUARIO ABIERTO: COMUNICACIONES LIBRES

Se incluirán trabajos originales en los que se describan trabajos de investigación o revisiones teóricas de temáticas psicológicas, desde un punto de vista clínico o asistencial.

La EXTENSIÓN máxima del texto será de 15 páginas, letra Times New Roman, tamaño 12, interlineado sencillo.

La ESTRUCTURA de la Comunicación Libre deberá ser la siguiente:

- Título.
- Nombre y apellidos de los autores, centro de trabajo y un e-mail de contacto.
- Resumen (150 palabras): en gallego o español, y en inglés.
- Palabras clave: entre 3 e 5, en gallego o español, y en inglés.
- Introducción.
- Conclusiones.
- Referencias bibliográficas: según la normativa de la APA, con un mínimo de 5 y un máximo de 20 referencias bibliográficas.

**Nº12 Revista Oficial de la
Sección de Psicología y
Salud del COPG**

Colexio Oficial de Psicoloxía de Galicia
Espiñeira, 10 baixo
15706 Santiago de Compostela
Tfno.: 981 534049 Fax: 981 534983
www.copgalicia.gal
copgalicia@copgalicia.gal