
VI CONGRESO INTERNACIONAL DE BIOÉTICA

FILOSOFÍA Y SALUD MENTAL

COMUNICACIONES

(25 y 26 de noviembre de 2015)

Aporia  Grup de recerca
en Filosofia Contemporània,
Ètica i Política

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

Editan:

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

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

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

Fecha de edición: septiembre de 2016
ISBN: 978-84-617-7769-3



ÍNDICE

Prólogo	4
La perspectiva filosòfica	6
- Enfermedades conceptuales en el lenguaje de la salud mental <i>Ferran Molins Gálvez, José M. López Santín, Patricia Álvaro Serón, Raimon Páez Blanch</i>	7
- La relación entre neurosis y alienación a través de nuestro narcisismo <i>Nacho Bañeras Capell</i>	18
- La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad <i>Sergio Ramos</i>	29
- Delirio y ética de la excentricidad <i>Sergi Solé Plans</i>	51
La perspectiva asistencial	67
- <i>Condicionantes externos en el juicio clínico en psiquiatría</i> <i>José M. López Santín, Ferran Molins Gálvez, Patricia Álvaro Serón</i>	58
- ¿Es ético el uso del placebo en ensayos clínicos de psicofármacos? <i>Laura Rubio Rodríguez, Miguel Maldonado</i>	68
- Incertidumbres y decisiones compartidas en la práctica clínica <i>Ada Ruiz Ripoll, Ana M^aCosta Alcáraz</i>	75
- Los derechos de las personas con enfermedad mental <i>Maria Àngels Porxa</i>	89
- TDAH: Tratamiento multimodal <i>M^a Lorena Fernández, Inés García, Beatriz Fuertes</i>	102
La perspectiva organizativa	110
- Desafíos en el trabajo asistencial desde una perspectiva cognitivo racional. <i>Sergio Riquelme Roig</i>	111
- La atención centrada en la persona <i>Pepita Cabiscol y Raúl Alcázar</i>	117
- El papel de la organización asistencial en el proceso de deshumanización de la praxis médica <i>Patricia Álvaro Serón, José Manuel López, Ferran Molins</i>	129
- Una paternalisme just: consentiment informat vs consentiment amb coneixement. <i>Gonzálo Fernández Codina</i>	139



PRÓLOGO

Un año más publicamos las comunicaciones que se presentaron en el VI Congreso Internacional de Bioética que tuvo lugar en la Facultad de Filosofía de la Universidad de Barcelona los días 26 y 27 de noviembre del 2015. Organizadas por el grupo de investigación Aporia. Ética y pensamiento contemporáneo, y el Instituto docente y de investigación Sant Pere Claver, el congreso quiere abordar, desde la interdisciplinariedad, la relación entre la filosofía y la salud mental.

En línea con ese objetivo, y a pesar de sus especificidades, las comunicaciones que a continuación se presentan plantean una visión crítica de las profesiones y organizaciones involucradas en la atención de las personas con problemáticas de salud mental. Atendiendo al aspecto que prevalece, hemos agrupado las comunicaciones en tres perspectivas: la filosófica, la asistencial y organizativa.

En la perspectiva filosófica encontraremos, por un lado, un análisis crítico acerca del lenguaje con el que se maneja la salud y la enfermedad mental. Por otro lado, fruto del cambio de modelo y de legislación que conllevar la Convención de los derechos de las personas con discapacidad, dos comunicaciones aportaron reflexiones referentes a los derechos de las personas con problemas mentales. Por último hallaremos una comunicación que aborda cuestiones relativas al delirio y a la ética de la excentricidad.

Desde una perspectiva predominantemente asistencial se trataron muchos aspectos éticos: el uso de placebos en ensayos clínicos en salud mental; el tratamiento multimodal para el TDAH; o la complejidad inherente a la toma de decisiones debida a la incertidumbre y a la consiguiente necesidad de promover decisiones compartidas entre profesionales, familias y pacientes.



En línea con dicha toma de decisiones compartidas, desde la perspectiva organizativa se presentan propuestas para mejorar la participación de las personas, en tanto que ciudadanos, sujetos de derechos. En coherencia las organizaciones asistenciales deben poner a la persona en el centro, para promover su autonomía, para empoderarla con conocimientos y capacidades, no conformándose sólo con la firma de los consentimientos informados. Subyace en esas propuestas el deseo y necesidad de cambio de la cultura que debe regir las políticas asistenciales, para mejorarlas, para humanizarlas, como defiende una de las comunicaciones. Queremos contribuir con estos Congresos Internacionales de Bioética a crear un espacio de encuentro y reflexión interdisciplinares con el objetivo de que el conocimiento de los profesionales llegue a transformar los abordajes en salud mental, tanto sus aspectos teóricos, políticos, sociales, asistenciales o de investigación. En esa transformación encuentra su legitimidad la ética aplicada.

Los editores



1. LA PERSPECTIVA FILOSÓFICA



Enfermedades conceptuales en el lenguaje de la salud mental

Ferran Molins Gálvez, José M. López Santín, Patricia Álvaro Serón, Raimon Páez Blanch

Las personas se han vuelto pacientes sin estar enfermas.

Ivan Illich

Entre nosotros y nosotros mismos se ha abierto un abismo de extrañeza que debe ser colmado de cualquier manera por esas figuras expertas que pretenden enseñarnos cómo servirnos de nosotros mismos.

Tiqqun

Resumen: Las cuestiones político-económicas afectan en gran medida la dimensión ética de la atención en salud mental. La salud mental se ha convertido en los últimos años en un terreno fértil para prácticas fraudulentas. Se pretende mostrar algunos de los aspectos conceptuales y semánticos que han contribuido a ello y que se consideran de especial interés filosófico. Algunos de estos aspectos son problemas recurrentes dentro del lenguaje de la salud mental y otros son nuevos y responden a estrategias económicas oportunistas.

Palabras clave: fraude, disease mongering, psicopatología, valores, biopolítica.



La salud mental se ha convertido progresivamente en un terreno fértil para prácticas fraudulentas. Una de las formas con las que esto se está dando es a través de lo que se ha venido llamando *disease mongering*. «Lynn Payer, en 1990, empleaba la expresión *disease mongering* para referirse a la ampliación de los límites de las enfermedades que permite el aumento del mercado para aquellos que venden u ofrecen servicios y tratamientos.» (Moynihan y Henry 2006).

El *disease mongering* tiene que ver con factores sociales, ideológicos, políticos y económicos, pero en concreto se refleja en el lenguaje de la salud mental, y especialmente en el de los manuales diagnósticos actuales.

En este trabajo se parte de la premisa de que el lenguaje de la salud mental acarrea una problematicidad inherente desde su misma concepción y adolece de una serie de características que lo han hecho objeto de repetidas críticas a lo largo de su corta historia, que ponen en cuestión la legitimidad científica de su discurso. Cuando hablamos de lenguaje de la salud mental nos referimos sobre todo al lenguaje de la psicopatología.

En primer lugar, se mostrarán algunas de las características clásicas y concretas del lenguaje de la salud mental y, en segundo lugar, las estrategias conceptuales «modernas» que se han ido introduciendo en los últimos años y que reflejan la tendencia a ampliar los límites de lo que se consideran trastornos mentales.

Como características inherentes «clásicas» del lenguaje de la salud mental se pueden enumerar las siguientes:

- La salud mental maneja un concepto problemático de normalidad psíquica y pretende hablar de desviaciones de la misma. «Como advertía Foucault (1954), la psicología no ha podido jamás ofrecer a la psiquiatría un concepto de totalidad como el que la fisiología brinda a la medicina y que permita delimitar lo normal de lo patológico».



- «Es un lenguaje cargado de valores y juicios de valor» (Sadler, 2005). La psicopatología, desde sus inicios, ha pretendido desarrollar un lenguaje puramente descriptivo. Pero, una revisión de determinadas definiciones de los conceptos psicopatológicos muestra la presencia de abundantes términos evaluativos. En las definiciones y descripciones de muchos términos psicopatológicos básicos en los actuales manuales diagnósticos, encontramos calificativos tales como: apropiado/inapropiado (p.ej. afecto inapropiado), excesivo/insuficiente (p.ej. euforia excesiva), sobrevalorado/infravalorado (p.ej. ideas sobrevaloradas), relevante/irrelevante (p.ej. habla irrelevante), exagerado, raro, extraño, coherente/incoherente, estable/inestable, querulante. Asimismo, en los criterios de determinadas categorías diagnósticas del manual DSM, como la del trastorno de personalidad narcisista, encontramos enunciados tales como: «inflan sus logros de manera arrogante y pretenciosa, muestran expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas», o: «es interpersonalmente explotador...» (American Psychiatric Association, 2013). Es decir, encontramos también términos evaluativos tales como: pretencioso o explotador. «Putnam (2004) ha establecido una distinción dentro de los términos evaluativos, distinguiendo entre los términos evaluativos finos y densos. Los términos evaluativos finos no poseen apenas significado descriptivo. Como ejemplos, encontramos términos tales como: bueno, mejor, peor, irrelevante, importante, etc. Por otro lado, los términos evaluativos densos, también denominados conceptos éticos densos, presentan como característica especial que consiste en que pueden ser empleados unas veces con propósitos normativos y otras como términos descriptivos». Ejemplos de este segundo tipo serían los términos pretencioso o explotador antes mencionados. Esta característica muestra las limitaciones que implica postular una dicotomía absoluta entre hechos y valores. En el lenguaje psicopatológico, encontramos tanto términos evaluativos finos como densos. «Sadler (2005) sos-



tiene que, a parte de la existencia de términos evaluativos en el lenguaje psicopatológico, también encontramos enunciados que tienen una semántica evaluativa. El examen del significado de estos enunciados, aunque no contienen términos evaluativos, oculta aspectos normativos». Como ejemplo, se puede mencionar uno de los criterios del trastorno de personalidad histriónico en el manual DSM: «utiliza permanentemente el aspecto físico para atraer la atención» (American Psychiatric Association, 2013). En este ejemplo, aunque no encontramos ningún término evaluativo, hay una referencia implícita a una regla que se está vulnerando. El supuesto o la regla implícita es que determinados modos de expresarse, tales como el mencionado, son considerados reprochables en nuestro contexto sociocultural. Asimismo, en las definiciones de algunos trastornos encontramos enunciados que tienen una semántica evaluativa acerca de lo que se supone que es llevar una vida buena. Por ejemplo, en las definiciones de algunos trastornos de personalidad encontramos criterios tales como: «falta de amigos íntimos o de confianza aparte de los familiares de primer grado» (American Psychiatric Association, 2013), «incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas» (American Psychiatric Association, 2013); estos enunciados suponen enunciados evaluativos implícitos, tales como: es preferible tener amigos íntimos o de confianza o es preferible tener la capacidad para mantener un trabajo. «Para Marková y Berrios (2012), la constitución del objeto de la psiquiatría sigue un orden en el que, primero, lo que se considera locura se define a partir de prescripciones y juicios de valor por parte de una sociedad en un determinado periodo histórico. Una vez la locura se ha configurado de esta manera, es decir, sus límites conductuales han sido prescritos de acuerdo con los valores presentes en las ciencias humanas en un determinado periodo, las ciencias naturales se movilizan. Es solo en este momento cuando las ciencias naturales pueden explorar la relación entre esas configuraciones comportamentales y el cuerpo humano».



- «El lenguaje de la psicopatología es frecuentemente metafórico» (Molins y Lopez-Santín, 2015). Recorrer los glosarios de la psicopatología se asemeja a pasearse por un cementerio de metáforas marchitas, ateniéndose a la imagen nietzscheana del lenguaje. Muchas de estas expresiones metafóricas están ya presentes en los lenguajes naturales, pero la psicopatología ha explotado sus posibilidades inferenciales. Metáforas más o menos acertadas que dejan entrever las múltiples y diversas tentativas de engendrar conceptos y expresiones para captar la experiencia ajena y hacerla transmisible. La conciencia, el yo, la afectividad, el pensamiento y el lenguaje, son aspectos del lenguaje psicopatológico ricos en metáforas. En relación a la conciencia, encontramos términos tales como: el nivel de conciencia, los estados crepusculares, la obnubilación de la conciencia, que sacan provecho de las imágenes que evocan las metáforas que toman la conciencia como un fluido o como una fuente de luz. En cuanto al yo, encontramos términos que lo presentan como una entidad física con determinadas propiedades: actividad del yo, identidad del yo, vitalidad del yo, fragilidad del yo, rigidez del yo, debilidad del yo, demarcación del yo, consistencia del yo. La afectividad también se presenta bien como una entidad sólida con propiedades físicas (p.ej. en los términos ansiedad flotante, afecto aplanado, labilidad afectiva), como un sonido (p.ej. armonía o sintonía emocional) o como un fluido (p.ej. incontinencia emocional). Finalmente, en el ámbito del pensamiento y el lenguaje se usan términos que participan de metáforas que los hacen aparecer como una entidad objetiva (p.ej. robo e inserción del pensamiento, pensamiento circunferencial, pensamiento tangencial, pérdida de objetivo del pensamiento, torpeza cognitiva) a una onda electromagnética (p.ej. retransmisión del pensamiento) o a un fluido (p.ej. fuga de ideas, presión del pensamiento, fusión y condensación del pensamiento).

- No hay consenso en la mayoría de las definiciones de algunos conceptos clave. Es el caso, por ejemplo, de la noción de delirio.



Berrios (1999) ha revisado históricamente las diversas nociones del concepto de delirio y propuesto una nueva concepción del mismo. Pero la discusión en torno a este concepto, lejos de darse por cerrada sigue siendo objeto de debate y en parte debe atribuirse a diferencias en los marcos teóricos de fondo. Se entiende que para definir conceptos se requiere de un marco teórico. La existencia de diversos marcos en la salud mental conlleva que los términos psicopatológicos sean definidos de acuerdo a ésta multiplicidad de teorías psicológicas.

- «Es un lenguaje semiotizado en falso, sus signos no cumplen con los requisitos de las relaciones semióticas sintomáticas de la semiología médica y, sin embargo, quiere regirse por sus normas y entenderse conforme a sus patrones» (Rejón, 2012). Así, por ejemplo, la diferencia entre el signo en neurología y en psiquiatría reside en que, en neurología, el signo se construye con vínculos causales más o menos directos, mientras que en psiquiatría debe incluir asuntos en los que la propia estructura y función cerebrales dispersan la causa por lugares variados.

- «Es un lenguaje altamente inestable en perspectiva histórica y con muchos condicionantes externos que lo determinan» (Ramos, 2011). Términos tales como histeria o neurosis fueron abandonados dada la falta de estabilidad de su significado y la confusión a la que daban lugar. El concepto de psicosis ha adquirido diversos sentidos en los últimos 150 años, no existe una definición clara y específica del mismo y, como resultado, su utilidad se ha cuestionado. El término autismo ha pasado de referirse a una característica de las esquizofrenias a significar un trastorno del desarrollo infantil. Finalmente, diversos autores han señalado los límites imprecisos entre el concepto de delirio opuesto al de obsesión, así como entre delirio y alucinación.



Las características del lenguaje psicopatológico revisadas posibilitan que en la actualidad se puedan dar una serie de estrategias conceptuales que han facilitado y promovido la ampliación de los límites de lo que se consideran trastornos mentales. Entre ellas, cabe mencionar:

- La creciente presencia de espectros dimensionales. Como ejemplos, cabe mencionar la reciente introducción del espectro autista en el DSM-5, el espectro obsesivo-impulsivo de Hollander (Hollander, 1997), la clasificación del espectro bipolar de Akiskal (Akiskal, 2000) o la discusión sobre el umbral de tratamiento en los así llamados síntomas de alto riesgo de psicosis.

- El uso de definiciones vagas y de categorías con límites imprecisos. Basta revisar la definición de un episodio hipomaniaco, o las categorías otras especificadas o inespecificadas asociadas a la mayoría de trastornos en el DSM.

- La descontextualización de las conductas. La definición de los trastornos principalmente a partir de las conductas, obviando aspectos biográficos, motivacionales o circunstanciales, da lugar a una sobreinclusión de casos bajo una misma etiqueta diagnóstica.

- La polisemia y banalización de los términos psicopatológicos. La popularización de términos como depresión o incluso trastorno bipolar ha contribuido a extender el número de casos que se incluyen bajo estos términos, alejándose de su sentido técnico y original, mucho más restrictivo. Esta circunstancia parece haber sido aprovechada por algunos para aumentar los límites de estas categorías diagnósticas, hasta incluir cualquier tipo de tristeza en el caso de la depresión o de inestabilidad emocional en el caso del trastorno bipolar.



- El convertir problemas sociales en problemas individuales. En los últimos años, y con la aparición de las nuevas clasificaciones diagnósticas, se produjo una desaparición progresiva de la discusión sobre el concepto de normalidad psíquica a favor del concepto de funcionalidad. La evaluación de la funcionalidad parecía evitar, así, las controvertidas discusiones relativas a la definición de normalidad, e imitando las valoraciones funcionales en otros ámbitos de la sanidad como la traumatología o la neurología, presentar evaluaciones con un mayor carácter de objetividad. «Derek Bolton (2008) hace una analogía entre disfunción de un órgano como, por ejemplo, las arterias, y una enfermedad como un infarto». En el caso de la salud mental, considera que la función comprometida sería la que nos permite adaptarnos al entorno. El problema recae en que la disfuncionalidad de una enfermedad vascular se define en relación a leyes físicas o naturales (la obstrucción de un vaso produce un mayor riesgo de infarto por ejemplo). En cambio, en relación a la salud mental, lo que está en juego es la adaptación a unas normas sociales, un orden simbólico contingente construido por los hombres que no se puede tratar de la misma manera que las leyes naturales. La noción de funcionalidad en salud mental encubre las cuestiones morales, poniendo todo el peso de la adaptación en el individuo sin dirigir la mirada crítica al funcionamiento y las dinámicas sociales. Una persona puede no funcionar socialmente por razones diversas que pueden tener que ver con conflictos morales, cuestiones de principios, o estilos y formas de vida que no encajen en un contexto social. Ejemplos históricos de esto no escasean, desde la Alemania nazi a los regímenes soviéticos pasando por el franquismo, sin olvidar que lo mismo puede ocurrir respecto de las democracias parlamentarias.

- Convertir diferencias individuales en trastornos. Patologizar la timidez, el retraimiento social, la inatención o la elevada emocionalidad en trastornos tales como la fobia social, el espectro



autista, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, o el trastorno de personalidad límite, es muy controvertido.

- Incluir como criterio de un trastorno el desafío a la autoridad. Quién no sigue las reglas de juego en una sociedad tiene dos posibilidades: acabar siendo etiquetado como delincuente o como enfermo mental. El tránsito de una categoría a otra ha sido una constante en la historia de la psiquiatría y evidencia el aspecto político e ideológico que está en juego. Esto se refleja en categorías como: el trastorno de la conducta desafiante, el trastorno negativista, el trastorno antisocial.

- Literalizar metáforas del lenguaje ordinario. «Kövecses (2000) ha mostrado las características metafóricas del lenguaje de las emociones. En el lenguaje ordinario existen metáforas asociadas a los llamados sentimientos negativos (tales como la ira, la rabia, la envidia, los celos, la soberbia...) que juegan con el campo semántico de la enfermedad». La literalización de dicha metáfora contribuye a que los llamados sentimientos negativos sean tratados literalmente como enfermedades y se busque un tratamiento médico-psicológico para ello que los anule. Pensamos que esta distinción entre los sentimientos positivos o negativos en sí es problemática e ideológica, los sentimientos no son ni positivos ni negativos en sí, más bien actúan como dispositivos que condicionan el juicio moral, nos orientan, nos informan y solicitan nuestra interpretación de los mismos.

Para poder poner límites a esta tendencia se presentan las siguientes propuestas:

1 - Creación de un observatorio de prácticas fraudulentas en salud mental.

2 - Promover la investigación académica de los factores históricos, filosóficos y lingüísticos en juego.



3 - Acabar con la falacia de que las clasificaciones diagnósticas en psiquiatría son ateóricas y libres de ideología.

4 - Promover una formación de los profesionales independiente de la industria que muestre los problemas desde una perspectiva filosófica, antropológica, ética y política, y no los disimule.

5 - Dirigir la mirada crítica a las formas de vida y organización social, y no solamente hacia las capacidades de adaptación del individuo. Con ello mostrar la ineludible dimensión sociopolítica de la salud mental.

6 - Denunciar aquellas políticas que prioricen el desarrollo económico basado en el mercado por delante de políticas sociales más equitativas y estrategias de salud pública.

Bibliografía

AKISHAL, H.S. et al. *Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders*. en *Journal of Affective Disorders*, 2000, 59, S5-S30.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fifth Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2013.

BERRIOS, Germán. *Delirio: Historia, Clínica y Metateoría*. Madrid: Editorial Trotta, 1999.

BOLTON, Derek. *What is Mental Disorder? : An essay in philosophy, science, and values: An essay in philosophy, science, and values*. Oxford: Oxford University Press, 2008.

FOUCAULT, Michel. *Enfermedad mental y personalidad*. Barcelona: Ediciones Paidós Iberica, S.A. 1991. (publicada por primera vez 1954)



GOROSTIZA, Pablo R. y MANES, J. A. Misunderstanding psychopathology as medical semiology: An epistemological enquiry. *Psychopathology*, 2011, vol. 44, núm. 4, 205-215.

HOLLANDER E., BENZAQUEN SD. «El Trastorno de Espectro Obsesivo-Compulsivo» en *Trastornos del Espectro Obsesivo Compulsivo*. den Boer JA, Westenberg HGM, eds. Amsterdam: Syn-Thesis Publishers, 1997, 35-48.

KÖVECSES, Zoltán. *Metaphor and Emotion. Language, Culture, and Body in Human Feeling*. New York: Cambridge University Press, 2000.

MOLINS, Ferran, LOPEZ-SANTÍN Jose M. *La simplificación neopositivista del lenguaje de la psicopatología desde una perspectiva postwittgensteiniana*, Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2015; 35 (125), 135-145.

MOYNIHAN R., HENRY D. *The Fight against Disease Mongering: Generating Knowledge for Action*. PLOS Medicine, 2006, vol. 3, núm. 4, 1-4.

PUTNAM, Hilary. *El desplome de la dicotomía hecho/valor y otros ensayos*. Barcelona: Paidós, 2004.

REJÓN, Carlos. *Concepción de la psicopatología como lógica*. Madrid: UAM, 2012.

SADLER, John Z. *Values and psychiatric diagnosis*. Oxford: Oxford University Press, 2005.



La relación entre neurosis y alienación a través de nuestro narcisismo

Nacho Bañeras Capell

La comunicación que queremos presentar versa sobre la relación entre neurosis y alienación y lo hace pivotando sobre la forma, a nuestro parecer, más generalizada de alienación, a saber, el narcisismo.

En primer lugar, queremos hacer referencia al motivo que nos empuja a relacionar neurosis y alienación. Ello nos obliga a analizar las modulaciones en el sistema mercantil que han influenciado de manera radical en la forma de alienación y, de modo más general, en la socialización y el modo de darse del individuo, generando un sujeto movilizado internamente para la acción consumo-producción. Esta obligada referencia nos señala la necesidad de referirnos, también, al entrecruzamiento entre Capitalismo y vida, señalado por multitud de autores contemporáneos¹. Son sus repercusiones, expresadas a través de la interiorización de los discursos o del malestar colectivo, por poner algunos ejemplos, lo que nos permite apuntar a dicha relación. A la vez, en la ligazón entre ambas y gracias a la figura que emerge, el narcisismo, aparece un nuevo mercado y nuestra propia alienación se convierte en algo por explotar.

1. Byung-Chul Han es el más reciente ejemplo.



La neurosis supone un desequilibrio a través del cual el sujeto despliega una estrategia cuyas consecuencias equiparamos con la alienación. Aparece cuando se rompe, de manera reiterada, el equilibrio, la *egostasis*, entre las polaridades de impulsos que se esconden en cada acción, pensamiento u omisión de la naturaleza humana. Este desequilibrio siempre tiene lugar con la recurrencia a los mecanismos de defensa como sustitutos de un deseo o conflicto que no puede ser resuelto en la vía directa: su expresión abierta. Cuando la utilización de estos mecanismos se convierte en una vía recurrente y dejan de ser meros compensadores para convertirse en sustitutos de una acción y expresión directa es cuando podemos empezar a hablar de neurosis.

La alienación la caracterizamos como un extrañamiento del sujeto para consigo mismo, como una escisión del propio sujeto que deja de ser dueño de sí mismo, como la falta de conciencia o como aquel estado mental caracterizado por una pérdida del sentimiento del sí mismo.

Para engarzar ambas nociones y observar cómo se retroalimentan y enriquecen, desplegamos cómo se configura nuestra alienación o neurosis en nuestro presente; cómo la constante y reiterada ejecución de estrategias que tienen por finalidad solventar una insatisfacción permanente se identifica con las características de la neurosis resumidas en los atributos de compulsión, compensación y desviación; y cómo, estas estrategias, obligan al propio individuo a realizar una duplicidad sobre sí mismo característica de la definición tradicional de alienación. Hacer converger neurosis y alienación en el territorio de la estrategia, nos permite vislumbrar la naturaleza de la subjetividad humana, lábil, social y maleable, pero, también, nos señala una vía de emancipación, puesto que su conocimiento o toma de conciencia permite abrir caminos para una mayor autonomía o acercamiento para con el sí mismo, atributos, ambos, antónimos de la neurosis o la alienación.

Enriquecida la noción de alienación con la de neurosis a través de la interiorización del malestar, resulta imprescindible ver, ade-



más, cómo se combinan Capitalismo y neurosis, y cómo la figura que entrelazan, el narcisismo, se ejecuta a través de la dualidad producción-consumo, nuestra movilización, manteniendo, así, izada nuestra imagen y enajenación. Volvemos, por tanto, a recuperar el marco histórico y a señalar las recientes modulaciones del sistema mercantil que, a su vez, han variado la forma y la configuración de nuestra propia enajenación, derivándola de la subjetividad-identidad a la subjetividad narcisa. Éste es el diagnóstico a través del cual partimos, incluso para aquellas vidas donde la crisis se ha llevado la movilización, la imagen y la vida por delante. En los sujetos-supervivencia² también juega el narcisismo, juega la voluntad de poder sin apenas disfraces, siempre y cuando mantenga, en su supervivencia, el yo-puedo, y siempre y cuando no hayan desertado de su omnipotencia, o no hayan optado por aceptar y reconocer su frustración y su impotencia, es decir, continúen respondiendo con la lógica del valor a la frase del inicio: *vivir es aceptar que tu vida no vale nada*.

Si la alienación o neurosis se manifiesta hoy como narcisismo, el engranaje con el Capital, en su perversión y maximización más elevada, se ejecuta tanto en el movimiento para sostener, alcanzar o aparentar la imagen narcisa como en los medios y mecanismos utilizados para derivar la atención, para evitar la frustración, el descanso o la distracción, y, en definitiva, para poder mantener este engranaje en el círculo vicioso que ejecuta. Ambas dinámicas, el narcisismo y sus mecanismos de defensa, retroalimentan el mercado producción-consumo. Por poner algunos ejemplos, el fútbol como espectáculo o el deporte, pueden ser catalizadores de la auto-agresividad antes mencionada y, en este sentido, el suicidio es una agresividad ejercida hacia uno mismo (el ejemplo más claro de interiorización del malestar colectivo). El consumo

2. Mediante este término queremos hacer referencia a aquellos sujetos que, manteniendo las mismas características de subjetividad alienada, es decir, narcisa, no pueden evidenciarla por estar excluidos, a través de la pobreza, de la movilización consumo-producción.



de estupefacientes es un intento de aplacar el deseo, desconectar o permanecer en la ilusión, pero, también, el cine, la televisión o las redes sociales puede ser una senda ideal para la evasión o la posibilidad de testar la fantasía de vivir vidas ajenas. Es evidente que el Capitalismo ha conseguido hacer de estas estrategias de deflexión un verdadero mercado, no sólo consiguiendo la duplicidad de abrir nuevos sectores para el flujo y reflujo del dinero, sino que, potenciándolos, consigue marcar la senda hacia la deflexión de la verdadera realidad que subyace en esta diabólica dinámica.

Recuperando el marco histórico, recordemos que aquello que permitió una movilización interna del binomio consumo-producción hasta mediados del siglo XX fue convertir la identidad, la subjetividad-identidad, en parapeto, estrategia y núcleo tras el que contrarrestar un mundo ideológicamente en decadencia. El Capitalismo lo fomentó a través de un consumo igualitario y masificado y, a finales de siglo, a través de una diferenciación cultural. No obstante, esta dinámica mutó hacia un nuevo fenómeno que dura hasta nuestros días, desplazando la identidad como base y derivando la fuerza de la movilización hacia un narcisismo más dúctil y no sustentado sobre un ideal base y, hasta entonces, fijo. Saturado el mercado material y cada vez más evidente el cansancio por alcanzar una imposible identidad fija, la subjetividad-identidad se desplazó hacia el narcisismo, a saber, la posibilidad de pivotar la movilización sobre un consumo-producción que, sin acabar de marginar lo material, pone todo su énfasis en el ámbito de la experiencia. Es decir, la imposibilidad por alcanzar un sustrato estable que se proyectaba en una subjetividad-identidad capaz de hacer frente a un vacío existencial cada vez más evidente, provoca un doble movimiento estratégico que nosotros resumimos con el narcisismo, consistente en derivar, primeramente, la movilización hacia un ideal que ya no se proyecta hacia el futuro, sino que se consume en el presente y, seguidamente, en un ideal que no tiene un sustrato estable, sino que se modula bajo los estándares, más lábiles, de una satisfacción evasiva, momentánea e infantil, orien-



tada a hacer aparecer una sensación de omnipotencia capaz de compensar un vacío que, por otro lado, se intuye, aunque silenciado, de una forma más radical.

Esta modulación se concreta en el binomio producción-consumo, en la posibilidad de vivir identidades multifacéticas y sin compromiso, diversificándose el mercado en una compra-venta de experiencias que permiten convertir la vida misma en un parque de atracciones. El antiguo pivotar sobre una personalidad clara, definida y estable se desplaza hacia una nueva forma de entender la subjetividad que ya no requiere de un pedestal para hacer frente a la tormenta de sinsentidos, sino que, mediante el naufragio a la deriva, consigue reflotar el oleaje consumista. Saturado el mercado de bienes de consumo dirigidos a aupar una única marca personal, se abre el camino para un nuevo tipo de consumo y experiencia, más aleatorio y no sujeto a parámetros de selección identitaria, sino según parámetros de satisfacción narcisista o deflexión narcisa. Como veremos, este nuevo consumo ya no requiere de un cúmulo de coordenadas orquestadas por una identidad fija a través de la cual orientar una acción, moldear una vida o decidir un consumo. Nuestro consumo opta por priorizar la experiencia narcisista, el intento reiterado por alcanzar una imagen ya no anclada en un ideal más o menos inalterable, sino, todo lo contrario, una imagen móvil en función de la posibilidad de continuar sosteniendo la capacidad de ejercicio de poder u omnipotencia, entendiendo poder u omnipotencia como la capacidad de sostener la movilización consumo-producción. La estrategia de movilización, por tanto, nuestra propia alienación y neurosis, aparece más descarnada. El círculo que dibuja con el sistema mercantil deviene más cerrado, más eficiente y más viciado. Desplaza la importancia del contenido, la subjetividad identidad, hacia la preferencia por la imagen, pues es ésta, al menos, la que posibilita la sensación de poder que caracteriza, en el fondo, a todo yo-Narciso. Pero tampoco nos engañemos, se trata de un poder reorientado a la posibilidad, al poder de la acción, a hacer



posible el movimiento continuado y sin fin del doble eje producción-consumo. Son estos dos polos la forma de reflejar poder y, por ende, de mostrar imagen y, en última instancia, validez y ser.

Ya no importa el contenido, aquello con lo que se izaba una determinada identidad. La saturación de bienes de consumo, la aceleración de los tiempos vitales o la competencia entre nosotros, lo descartan como una finalidad inviable tanto por la obligada dedicación que demanda como por su propia finitud. La precariedad obliga a centrar los esfuerzos en una imagen más voluble y maleable que permite, no obstante, una mayor capacidad movilizadora. Es la libertad del reflejo lo que permite, a la vez, mantener el movimiento en continuo y ser, él mismo, su propio motor. Es por ello que el yo deja de anclarse en la identidad y se desplaza, en vacío, hacia la multiplicidad de imágenes, pivotando su movimiento en una voluntad de poder más trasparente, más descarnada, que se ejecuta y realiza a través de sí misma, esto es, buscando su propia realización, en nuestro presente, su propio consumo-producción.

Este reflote obliga a desplazar la importancia de una personalidad estable y en permanente construcción a un mero devenir marcado por la necesidad de satisfacer un deseo orientado al consumo de uno mismo. Este proceso, aún en sus inicios, no ha dejado de avanzar. Progresivamente, pasa de marcar identidades a utilizar el deseo, a buscar la movilización del propio sujeto atendiendo a las coordenadas de realización-satisfacción. A convertir el deseo en una fuente de generar deseos, a movilizar el sujeto para hacerlo visible, a modular el deseo en un yo-Narciso a satisfacer. Al mismo tiempo, abre un campo de producción-consumo en el espacio que aparece en las deficiencias de esta dinámica. Evita la frustración o la desesperanza creando un mercado para la deflexión y el ocio que permitan la desviación de la mirada cuando este deseo no pueda ser satisfecho.

En la constante búsqueda de la satisfacción narcisa, queda el cansancio y el hartazgo en un trasfondo imposible de hacer emer-



ger. En la atareada marcha por alcanzar la plenitud de lo subjetivo, va cayendo, como fruta madura, la imposibilidad de su consecución, aún zarandeada por rebrotes desesperados en su búsqueda. La fatiga de ser uno mismo va, lentamente, haciendo mella en la compulsión al consumo, modificando así las pautas y las costumbres, mutando hacia una explosión orgásmica de reflejos en multifacéticas imágenes, sin un obligado anclaje más allá de la pulsión del ser visto a través, de nuevo, de la única vía permitida, la producción-consumo. Esta mutación de una identidad movilizadora a una imagen narcisa vino auspiciada por una anunciada saturación del mercado. Todo estaba ya producido y quedaron las experiencias como lo único por conquistar. Además, mutó, también, por el cansancio de una dinámica que nunca podía ser finalizada, que nunca pudo descansar en la atalaya de una identidad firme, estable y eterna. La identidad también fue descartada, como en su tiempo, lo fueron la razón o Dios. El cansancio lo hizo posible. Esta aproximación al fracaso de la subjetividad identidad, tuvo un primer frente: la aparición de las tecnologías. En un principio, éstas fueron concebidas como aquello que, finalmente, podía suponer el fulgor prometeico, la brecha de ilusión que haría posible la realización de la identidad plena del sujeto. Las aperturas prometían, en su flexibilidad, adaptabilidad y conexión, al menos, una realización en el campo virtual. No obstante, con la aparición de esta última zanahoria, el cansancio por la infructuosa búsqueda de este ideal, que no dejaba de ser una huida, hacia adelante, en soledad, de un presente hecho escombros, desvaneció, progresivamente, esa ilusión evasiva por alcanzar una plataforma identitaria. Esta auto-realización empezó a husmearse como imposible. Fue esta imposibilidad la que abrió las puertas a la estrategia narcisa, no centrada más que en buscar una experiencia sobre uno mismo, como último humanismo por alcanzar. Se descartó, entonces, el esfuerzo por llegar a ser y se optó por priorizar el presente como plataforma donde aparentar. En este sentido, el desarrollo de la tecnologías manifiesta esta misma dinámica,



potenciando, cada vez con mayor ahínco, un mundo virtual donde el juego se expresa como una ostentación momentánea de la omnipotencia. Maticemos, no obstante, que la preferencia por el presente no se dio, ni se da, en un presente radicado en lo que hay. El presente se vive como un no-futuro, como una base hedonista a través de la cual expresar el malestar mediante una imagen que busca, en su alienación, todo lo aparentemente contrario, es decir, alzar su narcisismo.

El no futuro es la forma de vivir el agotamiento de lo posible³.

Derrocado el último referente, la promesa moderna convertida en panacea del individualismo, la auto-realización, va acallándose. Sin embargo, el movimiento no se detiene. El individuo se aboca a consumir, ahora, únicamente experiencias. Experiencias de sí mismo. El consumo se convierte en un búsqueda hedonista por consumir el propio deseo. La fatiga de ser uno mismo muta en un hedonismo narciso.

El narcisismo no es este amor de sí mismo que es uno de los mecanismos de la alegría de vivir, sino el hecho de estar prisioneros de una imagen idealizada que torna impotente a la persona que puede convertirse en dependencia⁴.

Por ello, para nosotros, el narcisismo se concreta, lo iremos desarrollando, en una estrategia compensatoria (como cualquier neurosis) que tiene por finalidad derivar la atención de la vulnerabilidad, vacío, insatisfacción y carencia, sensaciones que se han radicalizado y evidenciado por la propia dinámica del sistema, a través de una experiencia, realizada en el consumo o la producción, que se expresa a través del deseo de uno mismo, y que busca, finalmente y de manera reiterada, invocar la omnipotencia como ideal ficticio y pseudo-emancipador.

Arrebatada cualquier promesa, utopía o ideal, queda sólo el consumo del presente, sin referente, coherencias o finalidades.

3. LÓPEZ, S., *Entre el ser y el poder*. Ed. Traficantes de sueños, Madrid, 2009, p. 71.

4. EHREMBERG, A., *La fatiga de ser uno mismo*. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1998., p. 151.



Sólo consumo o producción en busca de satisfacción, de tal forma que pueda abrirse, en el acto, un abismo que posibilite la escapada de la insatisfacción, y únicamente a través del consumo y de la producción de nosotros mismos, pues son estas dinámicas, en la carencia de alternativas o la fagocitación de las mismas, las que permiten el margen de libertad mercantil. La auto-movilización lo hace posible, nosotros lo hacemos posible. Es sólo, en los días de recrudescimiento de nuestra crisis, cuando esta movilización, en la precariedad en la que vivimos, debe orientarse, por obligación, hacia el mantenimiento de la propia vida, nuestra *sobre-vivencia*. Sin embargo, como desarrollaremos más adelante, continúa perpetuándose el narcisismo, ya que en estos casos reside aún el grito del *nosotros podremos*. Mora, aún incluso aquí, la voluntad de poder que perpetúa nuestra propia auto-movilización. Toda afirmación consistente en aguantar o soportar lleva en su trasfondo la idea de poder, la de poder superar una situación a través de la situación misma, y mantiene en su trasfondo la lógica de la frase *esta vida que vives no vale nada*. El cansancio de querer ser nosotros mismos, de un eterno encaminarnos en peregrinaje en busca de *un imposible en imagen*, va desplazándonos hacia un monótono hedonismo de consumo de deseos. Un deseo que palpita a través de una frustración no realizada, de una enajenación, hilvanando un engranaje entre ambos que mantiene el movimiento y, a su vez, lo retroalimenta. Un deseo más proclive a encaminarse por las sendas fáciles y marcadas por un deflectar constante en busca de satisfacción, que a probar ese deseo y esa alienación como arma arrojadiza. Si el envite, cansancio de por medio, trata de hundirnos en nuestro propio deseo, en la desesperada corrediza por una compulsión constante en busca de una mínima y pasajera satisfacción, desvanecido lo común, eclipsado el individuo, encadenado ahora el deseo, ¿qué nos queda?

Ver la neurosis como una estrategia para sostener una vida imposible hace más evidente el envite del ámbito *psi* en la vida cotidiana, y la necesidad de criticarlo. El llamado poder terapéu-



tico emerge como aquel mecanismo que permite el engrase y el mantenimiento del propio sistema. Con sus prácticas y sus discursos, potencia la interiorización del malestar colectivo, justificando las finalidades del Capitalismo a través de nuevas definiciones del ser humano que pivotan sobre el egoísmo, interiorizando los malestares colectivos a través de ocurrentes nuevas tipologías de enfermedades mentales (p.ej. Trastorno obsesivo compulsivo, Trastorno por déficit de atención e hiperactividad, Bulimia...) y haciendo de ellos una responsabilidad individual que ya nada tiene que ver con su verdadero origen.

Bibliografía

- BAUDRILLARD, J.:

Cultura y simulacro. Ed. Kairós. Barcelona, 1978.

De la seducción. Ed. Cátedra, Madrid, 1981

El otro por sí mismo. Ed. Anagrama, Barcelona, 1997.

La sociedad de consumo. Madrid: Siglo XXI, 2009.

- BYUNG-CHUL HAN, *La sociedad del cansancio*. Ed. Herder, Barcelona, 2016.

- FREUD, S.:

El yo y el ello y otros estudios de metapsicología. Ed. Alianza, Madrid, 2004.

El malestar de la cultura. Ed. Alianza, Madrid, 2005.

- FROMM E.:

Psicoanálisis de la sociedad contemporánea. Ed. FCE, México, 1974.

Marx y su concepto de alienación. Ed. FCE, México, 1998.

La patología de la normalidad. Ed. FCE, México, 1994.

La condición humana actual. Ed. Paidós, Barcelona, 1983.



- GARCÉS, M., *Un mundo común*. Ed. Bellaterra, Barcelona, 2013.

- HORNEY, K.:

La personalidad neurótica de nuestro tiempo. Ed. Paidós, Barcelona, 2007.

El proceso terapéutico. Ed. La Llave, Vitoria, 2003.

- ILLOUZ, E.

Intimidades congeladas: las emociones del capitalismo. Ed. Katz, Buenos Aires, 2007.

La salvación del alma moderna. Ed. Katz, Buenos Aires, 2010.



La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Algunas reflexiones críticas desde Habermas, Apel, Honneth y Sen

Sergio Ramos Pozón

Resumen: El objetivo de este artículo consiste en revisar críticamente el texto de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad así como la Observación General n° 1 cuando las aplicamos al ámbito de la salud mental. Para ello, tomamos como referencia algunas teorías éticas como son las de Habermas, Apel, Honneth y Sen. Tenemos como finalidad reflexionar sobre si siempre es positivo y posible un modelo basado en el soporte, investigando a su vez si un modelo paternalista puede ser éticamente justificable.

Palabras clave: Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad; salud mental; soporte a las decisiones; decisiones por representación; paternalismo.



1- Introducción

El 13 de diciembre las Naciones Unidas aprobaron el proyecto sobre la *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad* (Convención) (2006), aunque en España entró en vigor en 2008. Supone un avance en materia de derechos humanos, pues es el primer tratado enfocado exclusivamente hacia la dignidad y los derechos de las personas con discapacidad. Es un tratado internacional sobre derechos humanos en materia política, social y sanitaria, enfocado en la discapacidad física, mental, intelectual o sensorial. El propio texto establece un propósito claramente delimitado, a saber: «promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente» (art. 1).

En cuanto a los *principios generales*, el artículo 3º constata, entre otros, la dignidad, la autonomía, la no-discriminación, la participación e inclusión en la sociedad, el respeto por la diferencia, y la igualdad de oportunidades.

Además, se indican unos *principios fundamentales* como por ejemplo el derecho a la vida (art. 10), el igual reconocimiento ante la ley (art. 12), al acceso a la justicia (art. 13), a la libertad y la seguridad de las personas (art. 14), a la protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (art. 15), a la protección contra la explotación, la violencia y el abuso (art. 16), a la protección de la integridad personal (art. 17), a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad (art. 19), a la libertad de expresión y de opinión y acceso a la información (art. 21), al respeto de la privacidad (art. 22), a la salud (art. 25) o al de habilitación y rehabilitación (art. 26).

El artículo 12 ha tenido una gran importancia a la hora de proteger y defender los derechos de las personas con discapacidad. Principalmente, en los intentos de evitar y suprimir la discrimi-



nación de este colectivo. Y es que este artículo no ha sido incorporado suficientemente en las prácticas y leyes de los Estados partes. Por este motivo, el *Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Comité)* (2014) elaboró una *Observación General n° 1* sobre el artículo 12, el cual tiene fuertes comentarios en el ámbito de la salud mental. Uno de los principales motivos es que el modelo de la discapacidad implica pasar de un paradigma basado en las decisiones por representación a uno fundamentado en el apoyo para las decisiones para que sea la propia persona quien decida (Lawson, 2007; Dhandu, 2007). El problema, sin embargo, es que tal nuevo enfoque no es fácilmente aplicable en todas las personas que padecen algún tipo de discapacidad, puesto que su aplicabilidad va en función de sus condiciones bio-psico-sociales¹ (Debi, Bickenbach y Stucki, 2011).

Así pues, este nuevo enfoque implica que los Estados partes han de examinar sus leyes y políticas que regulan la guarda y la tutela para fomentar un modelo basado en tal soporte a las decisiones y garantizar la voluntad y preferencias (Comité, párrafo 26). Además, se anima a implantar “salvaguardias” para garantizar dicho respeto (Comité, párrafo 4).

1. En el artículo 1º se dice que «las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo». Esta definición es muy amplia y sujeta a interpretaciones. Por ejemplo, en el campo de la salud mental podría englobarse a una persona con algún tipo de psicosis que haya cronificado los síntomas (largo plazo), mientras que falla al catalogar a una persona con un trastorno psicótico breve (corto plazo). Ambas situaciones pueden tener *deficiencias mentales*. Y si se acepta esta posibilidad, la propia definición estaría discriminando a aquellas personas que no tengan *deficiencias a largo plazo*.



2.- De las ‘decisiones por sustitución’ al ‘apoyo’ a las decisiones. Un cambio necesario

Es frecuente sostener que en salud mental aún estamos anclados en el paternalismo. El estudio de Peltó, Engström y Engström (2013) muestra que aunque los profesionales reconocen la necesidad de respetar la voluntad de los pacientes y de aplicar un modelo de reciprocidad, la perspectiva dominante en la práctica médica psiquiátrica es la paternalista. Pese a que, como defenderemos posteriormente, ciertas formas de ese modelo podrían estar justificadas, el ideal ha de ser un tipo de relación asistencial fundamentada en el consentimiento informado y, por tanto, en todas aquellas formas que posibiliten la aplicación de la autonomía de los pacientes.

El texto del *Comité* propone ese modelo fundamentado en la autonomía, en tanto que sea la propia persona quien decida por sí misma sobre las cuestiones vinculadas a su propia vida. Ahora bien, reconoce que las personas con discapacidad no siempre pueden hacerlo; aunque, empero, sí que podrían con ayuda (soporte en las decisiones). Gracias a ese soporte en las decisiones será el paciente quien, en último término, escogerá, aunque lo haga con ayuda. Esto garantiza el cumplimiento del artículo 12 sobre el *igual reconocimiento ante la ley* y posibilita el respeto por la dignidad y la autonomía. Es, por tanto, necesario que el principal *afectado* por la decisión sea tenido en cuenta.

En todo momento se han de adoptar unas salvaguardias para preservar la autonomía y proteger a los pacientes; el problema, sin embargo, es que no se define qué significan tales salvaguardias. En un intento de definir las, la bibliografía (Ten, 2013; Pathare y Shields, 2012; y Browning, 2010) ha optado por varios enfoques. En el contexto de la salud mental, varios son los modelos que se usan para *preservar* la autonomía, a saber: la toma de decisiones compartidas (Hamann *et al.*, 2003 y 2008; Ramos, 2012; Dahlqvist, *et al.*, 2015), el documento de voluntades anticipadas



(DVA) y la planificación anticipada de las decisiones (PAD) (Ramos y Román, 2014; Ramos y Robles, 2015).

Todas estas opciones quedan recogidas por el *Comentario General* (párrafo 17) al establecer que las personas con discapacidad tienen el derecho a poder planificar su decisión en igualdad de condiciones. El problema es que estos modos de planificación no han sido incorporados en nuestro sistema de salud y, mucho menos, en salud mental. Esto tendría que fomentarse debido a que un tipo de relación asistencial basada en las *decisiones compartidas* está avalado por motivos *clínicos, éticos y legales*². En cualquier caso, en ese marco de decisión y planificación se da un diálogo entre el paciente (quizás también con el tutor, representante, etc.) y el equipo de profesionales sobre qué líneas terapéuticas tomar.

Al decidir *con* el paciente aceptamos, implícitamente, una perspectiva ética, dialógica y no una monológica: el “yo pienso” es sustituido por el “nosotros argumentamos”, ya que las decisiones no se toman unilateralmente (sea por el paciente o por el equipo de profesionales). Por tanto, al basarnos en el diálogo intersubjetivo para llegar a acuerdos consensuados, adoptamos una metodología propia de las éticas dialógicas (Habermas, 2000; y Apel, 1985).

En efecto, partiendo de un reconocimiento recíproco, Apel desarrolla un concepto de *persona* que es el que está ejemplificado en dicho diálogo intersubjetivo:

2. A nivel *clínico* esto incide en que haya un menor índice de recidivas y rehospitalizaciones, una mayor adherencia farmacológica, un aumento del bienestar de la calidad de vida y un mayor cumplimiento con los avisos de los profesionales. Además, a nivel *ético* se da un respeto por la *autonomía* y la *dignidad* de la persona, se busca el *mayor beneficio* y se evitan *daños*, y en definitiva, se promueven las decisiones *justas*. Pero, a su vez, a nivel *legal* se respetan los *derechos* que quedan regulados como es el derecho a aceptar o rechazar libremente un tratamiento, el derecho a ser informado, etc. (Ramos, 2012; Ramos y Román, 2014; y Ramos y Robles, 2015).



Todos los seres capaces de comunicación lingüística deben ser reconocidos como personas puesto que en todas sus acciones y expresiones son interlocutores virtuales, y la justificación ilimitada del pensamiento no puede renunciar a ningún interlocutor y a ninguna de sus aportaciones virtuales a la discusión (Apel, 1985:380).

El sujeto aparece como un hablante que interactúa, en un diálogo, con un oyente. En este diálogo queda evidente la necesidad de que todos los interlocutores tienen capacidad comunicativa, que son igual merecedores de participación, independientemente del contenido de su proposición. Si se excluye algún interlocutor virtual o no se le dan las mismas oportunidades que al resto, se está renunciando a la búsqueda de intereses objetivos perseguidos en el diálogo. Con ello, Apel está aceptando la tesis kantiana de la dignidad de las personas: «aquello que constituye la condición para que algo sea un fin en sí mismo no tiene un valor meramente relativo o precio, sino que tiene un valor interno, es decir, dignidad» (Kant, 2001:112). El reconocimiento de esa dignidad supone el respeto por los *otros* y es la constatación de un valor que carece de precio. Dicho reconocimiento y respeto queda ejemplificado en la decisión sanitaria, sea anticipada o no.

Aunque ciertamente el *perfil* del paciente con enfermedad mental pueda poner en duda –al menos en teoría³– que sea com-

3. Ciertamente, es frecuente la idea de que los pacientes con enfermedad mental no pueden participar debidamente en la toma de decisiones, principalmente los que padecen psicosis. Aunque sí que pueden tener problemas para poder decidir por sí mismos debido a la intensidad de la psicopatología, al deterioro cognitivo (en particular en los procesos de atención), al rendimiento intelectual bajo, a los problemas para el almacenamiento de información o a la carencia de *insight*. No obstante, ha de quedar claro, en el caso de la esquizofrenia por ejemplo, que la presencia de esta psicopatología no daña, necesariamente, la competencia, de modo que tendremos que evaluar el caso particular en el momento específico y no establecer correlaciones y generalizaciones que, en definitiva, estigmatizan a estos pacientes (Palmer *et al.*, 2004; Jeste *et al.*, 2006).



petente para tomar decisiones, no por eso tendríamos que dejar de aspirar a que participe y, mucho menos, a negarle el soporte para intentar que manifieste su voluntad. Sea como fuere, se trata, en definitiva, de respetar un proyecto de vida elegido libremente y que viene a constituir una decisión autónoma, un reconocimiento de la persona.

Honneth (1999:32) defiende una tripartición sobre las diversas formas de *reconocimiento*, a saber: 1) la *esfera del amor*; 2) la *esfera del derecho*; y 3) la *esfera del reconocimiento social*. En la *esfera del amor* el sujeto es reconocido como un *individuo* que tiene unos deseos y unas necesidades. En la *esfera del derecho* el *singular* es reconocido como persona, con derechos y obligaciones. Por último, en la *esfera del reconocimiento social* la persona tiene un valor constitutivo para una comunidad. En este espacio se promueve un sentimiento de solidaridad y preocupación por su bienestar.

Estas tres esferas han de concebirse conjuntamente si queremos sostener una *posición moral*; sin embargo, no puede haber una relación armónica entre ellas, al contrario, subyace una tensión permanente. Además, este autor sostiene que se carece de una jerarquización a priori de tales esferas, de tal manera que ante conflictos éticos la única herramienta que nos queda es la deliberación individual: «en la situación concreta, estamos obligados a realizar los reconocimientos que corresponda a nuestro tipo de relación social; pero, en caso de conflicto, tenemos que decidir, según otros puntos de vista, a cuál de nuestros vínculos le concedemos la primacía» (Honneth, 1999:35).

Ahora bien, cabe aquí una matización: el reconocimiento recíproco tiene un carácter universalista que supone una restricción normativa a las decisiones. Hay una obligación moral de reconocer como personas a todos los seres humanos, lo que implica tener el mismo derecho a la autonomía. Esta obligación moral impone, por tanto, una restricción hacia aquellas decisiones que implican una ofensa hacia las personas. De esta manera, «en el caso de conflicto moral, obtienen absoluta preferencia las pre-



tensiones que todos los sujetos, en la misma medida, tienen de respeto de su autonomía» (Honneth, 1999:35).

Esto le lleva a Honneth a postular que la integridad de la persona depende en gran medida de la experiencia de reconocimiento intersubjetivo. La ausencia de dicho reconocimiento implica, necesariamente, una *experiencia de desprecio personal* que puede desglosarse en tres formas elementales (1992 y 1996).

Un primer tipo de desprecio está asociado a la integridad física de la persona a la que se le retira por la fuerza todas las posibilidades de ser dueño de su propio cuerpo. Esta concepción de desprecio puede ser ilustrada con los casos de tortura o violación; sin embargo, lo peculiar no es el dolor corporal que conlleva, sino más bien «su unión con el sentimiento de estar expuesto indefenso a la voluntad de otro sujeto hasta la privación consciente de la realidad» (Honneth, 1992:81). La consecuencia es la desconfianza tanto de la persona hacia sí misma como con el resto del mundo.

El hecho de estar a merced de otros implica que se le retira de derechos, es decir, se le niega la posibilidad de llevar a cabo su realización social, teniendo en cuenta que las personas tienen legitimidad para participar libremente en una comunidad en igualdad de condiciones. La persona es reconocida como sujeto con la capacidad de emitir juicios morales, de modo que despojar de este derecho implica no concebirla de igual manera que al resto de sujetos.

Otro tipo de humillación se da cuando se retira el valor social de un individuo o grupo. Esto viene a significar una ofensa o deshonra. Cuando nos referimos a los conceptos de ‘dignidad’, ‘honor’ o ‘status’ hacemos mención al aprecio social que damos a una persona en la tradición cultural de una sociedad. No respetar esto significa desprestigiar formas de vida o convicciones individuales al considerarlas de un rango inferior. Esto, nuevamente, implica una pérdida de autoestima. Por lo tanto, se está privando a la persona de la aprobación social a una forma de autorrealización que ha escogido libremente.



En definitiva, en ese reclamo se inserta el derecho de llevar a cabo decisiones basadas en la autonomía y al dignidad. Cuando las personas ejercen ese derecho y anticipan o forman parte activa de la decisión, se respeta su dignidad y se fomenta su autonomía.

Aunque, como veremos, los profesionales tienen la obligación legal y ética de respetar la autonomía de sus pacientes, pueden darse situaciones en las que por diversas circunstancias esto no puede suceder (el paciente carece de competencia, son contextos de urgencia médica, etc.). En casos en los que no esté éticamente justificado algún tipo de paternalismo, no respetar la autonomía de los pacientes va a ocasionar una *experiencia de desprecio personal*, pues no se estará respetando un plan de vida escogido racional y razonadamente. Pero además, ese rechazo va a conllevar, lógicamente, la imposición de algún tipo de tratamiento médico. Pensemos, por ejemplo, en una persona Testigo de Jehová que se le niega su decisión de no ser transfundida. Esta situación significará un tipo de desprecio hacia su integridad física, ya que no se respeta el derecho a ser dueño de su propio cuerpo. Aunque esto claramente es una vulneración física, en tanto imposición, supone también un dolor psicológico porque considerará que está a merced de otros. A su vez, esta situación llevará implícito un *deshonra*, una desacreditación de su dignidad, implicando que su decisión y su proyecto de vida son considerados de rango inferior, y que queda supeditado a los intereses profesionales.

Por tanto, observamos que un modo por el cual se ejerce ese reconocimiento recíproco es mediante la elaboración de algún tipo de decisión anticipada o compartida, confirmando que el motivo que se alude es ese profundo respeto por la dignidad de la persona, el cual se da mediante las tres *esferas*. En primer lugar, la *esfera del amor* se centra en el bienestar por la otra persona y está fundamentada en el cuidado. El querer cuidar a la persona no es simplemente una actividad profesional tecnicada como lo podría ser un cuidado derivado del ámbito de la enfermería. Tal y como han constatado los defensores de la *ética del cuidado*, es algo



más que eso. Se trata de querer respetar al paciente como persona, de acompañarle en sus decisiones (Ramos, 2011). Así pues, en el contexto del reconocimiento recíproco esta esfera del amor significa llevar a la práctica sus decisiones anticipadas, es decir, respetar sus preferencias y deseos.

El hecho de acatar las decisiones anticipadas no es únicamente una cuestión ética, sino también legal⁴. En la *esfera del derecho* todas las personas se reconocen con derechos y obligaciones, lo cual tiene un carácter universal. Todas las personas tienen el derecho a que se les respete su autonomía, a que se les trate dignamente y de manera justa. Y esta exigencia supone la igualdad ante la sociedad. Es en la *esfera del reconocimiento social* donde las personas se ven reflejadas como iguales y desde la cual piden que se respeten sus decisiones como ciudadanos que acuden a un servicio de salud.

Sin embargo, no deberíamos caer en el error de considerar *igualmente legítimas* todas las decisiones que se tomen en el seno de la relación asistencial. Una frecuente preocupación de los profesionales sobre los pacientes que realizan un DVA en salud mental consiste en que los pacientes rechacen *todos los fármacos*⁵. Aunque esto es posible, los pacientes no *suelen* hacerlo (Backlar, *et al.*, 2001; Swanson, *et al.*, 2006; Elbogen, *et al.*, 2007).

Srebnik, *et al.* (2005) definen la *utilidad clínica* como aquellas instrucciones específicas que son fiables, útiles y consistentes con lo que se considera buena praxis, pero que aquellas indicaciones de rechazo de todo tipo de medicación no son consistentes con esos cánones de buena praxis, *aunque estas pueden ser aplicables*. Estos autores consideran que, aunque sería éticamente lícito tal rechazo, no sería una buena estrategia terapéutica, razón por la cual no se-

4. Así queda recogido en nuestro ordenamiento jurídico Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Boletín Oficial del Estado*, 15 de noviembre de 2002, núm. 274.

5. Este fue el caso *Hargrave v. Vermont* en el año 1999. Nancy Hardgrave, una mujer con esquizofrenia, había realizado su DVA rechazando todo tipo de medicación psiquiátrica. Un análisis del caso se encuentra en Appelbaum P. (2004).



ría aconsejable desde un punto de vista clínico. En cualquier caso, considero que se tendría que dialogar sobre los motivos por los que se da tal rechazo, intentar consensuar líneas intermedias que impliquen algún tipo de tratamiento y, en el caso de negativa persistente, evaluar en todo momento cuáles son las consecuencias y repercusiones en la propia persona. Esto implica, pues, dejar abierta la posibilidad de algún tipo de paternalismo.

De nuevo, se tendría que revisar dicha decisión en el marco universal requerido por la ética dialógica. En este sentido, Habermas considera que

toda norma válida tiene que cumplir la condición de que las consecuencias y los efectos secundarios que resulten previsiblemente de su seguimiento universal para la satisfacción de los intereses de todos y cada uno puedan ser aceptados sin coacción por todos los afectados (Habermas, 2000:142).

Se trata de una norma incondicionada o categórica, implícita en la voluntad de argumentación, que defiende que quien argumenta con sentido presupone unas reglas lógicas y morales que ha aceptado incluso antes de entrar en el diálogo. No se trata de una aceptación fáctica, es decir, de aceptarla o no, sino que viene a constituir una regla inherente del lenguaje humano, por lo que constituye la condición de posibilidad de toda argumentación y autocomprensión válida.

Así pues, una decisión de rechazo de todo tipo de tratamiento que la persona *necesita*, sin el cual puede tener recaídas, derivar en un deterioro cognitivo y fisiológico, podría desembocar en conductas auto y/o heteroagresivas motivadas por delirios, etc., supone por lo tanto que tal decisión conlleva unas consecuencias que no resulten previsiblemente de un *seguimiento universal* para los *intereses de todos los afectados*. Como defenderemos posteriormente, en tales



casos se podría apelar a la necesidad de abogar por una decisión por representación que vele por los intereses de la persona, aunque esto signifique un detrimento de las decisiones *supuestamente* autónomas. A continuación examinamos algunas consideraciones en torno a las *decisiones por sustitución* a la luz del *Comentario General*, justificando a su vez algunas formas de paternalismo.

3.- Sobre la necesidad de adoptar decisiones subrogadas y medidas coercitivas

Como se comentó, ese cambio de paradigma requiere que las decisiones sanitarias estén basadas en el consentimiento libre e informado. No obstante, parece obvio que haya situaciones en las que esto no sea posible, como el caso de que el paciente esté en coma, que padezca una grave afectación cognitiva, etc.; sin embargo, estos aspectos no son contemplados por el texto del *Comité* pues parece que *siempre* se tiene que recabar el consentimiento de la persona.

Además, es comprensible que algunos pacientes no quieran participar en las decisiones y no por ello tendríamos que seguir insistiendo en su participación, evitando, por tanto, las decisiones subrogadas (Levinson, *et al.* 2005).

Más problemática es el hecho de que la persona, incluso con soporte, no pueda decidir por sí misma. Algunos pacientes podrían tener problemas cognitivos (Jeste *et al.*, 2006; Owen *et al.*, 2013) o no tener conciencia de enfermedad lo cual puede incidir negativamente en que haga una mala interpretación de su situación clínica y no sepa qué es lo más conveniente, de manera objetiva, para su propia vida (Owen *et al.*, 2013; Richardson, 2013). Todo ello puede dificultar el proceso para la toma de decisiones. Por consiguiente, esto puede desembocar en la necesidad de tomar decisiones por el paciente sin su consentimiento debido a la carencia de *competencia*⁶ para decidir.

6. Es importante diferenciar entre “competencia” y “capacidad”. La competencia



Ahora bien, el *Comentario General* (párrafo 14) constata que la competencia no es una variable objetiva ni médica:

La capacidad mental no es, como se presenta comúnmente, un fenómeno objetivo, científico y natural, sino que depende de los contextos sociales y políticos, al igual que las disciplinas, profesiones y prácticas que desempeñan un papel predominante en su evaluación.

En este punto discrepamos notablemente, pues la bibliografía referente a la valoración de la competencia indica unas variables y métodos que pueden ser utilizados con rigor científico. El MacCAT-T representa una buena valoración para la competencia y se centra en cuatro ejes: comprensión, razonamiento, apreciación y elección de una opción terapéutica⁷ (Appelbaum, 2007). Se trata de una herramienta validada también en pacientes psiquiátricos (Hamann, 2007; Adams, 2007), de modo que tenemos suficiente evidencia empírica como para constatar el error del *Comité*.

Así pues, en aquellos casos en los que se verifique que la per-

significa las «aptitudes del sujeto, aquí y ahora, para realizar dicho acto y no otros», mientras que la capacidad hace alusión a las exigencias que solicita «el ordenamiento mediante los que se reconoce la aptitud del sujeto para ejercer sus derechos y realizar actos válidos» (Simón, 1999:315).

7. En la valoración de la competencia hemos de tener clara algunas normas básicas: 1) la incompetencia para decidir no viene establecido por el diagnóstico clínico; 2) se valora para una tarea específica, en un contexto concreto y en un momento determinado; 3) la competencia puede ser fluctuante (momento lúcidos); 4) la gravedad de la situación a tomar determina el “grado” de competencia que se exija; 5) la elección A, B... nunca será considerada como “incompetente”, pues quien es competente o no es la persona. Esto indica que jamás se tienen que juzgar las opiniones de los pacientes, de modo que aunque estén en contra de las creencias y/o valores del profesional, este tendría que respetarla si el paciente es competente para decidir por sí mismo; y 6) las herramientas que se utilicen para valorar la competencia solo son un instrumento más en la decisión sanitaria, por lo que el veredicto final reside en un juicio subjetivo del profesional que de manera conjunta (valorando deseos, preferencias, razonamientos, etc.) considera que es competente o no. Por todo eso, aquello que ha de valorar la competencia es el *por qué* y el *cómo* se elige, y no tanto el *qué*.



sona no puede participar en la toma de decisiones, una decisión por representación tendría que ser aplicada⁸. Apelar a un cierto *hiperautonomismo* podría dejar a los pacientes desprotegidos y en peligro ante sus propias malas interpretaciones y decisiones. En este punto, los ingresos y los tratamientos involuntarios⁹, aunque ciertamente problemáticos (Kelly, 2014; Szmukler, *et al.*, 2014), se deberían considerar como una posibilidad ya que el paciente está en una situación de extrema vulnerabilidad.

Pero el *Comité* (párrafo 7) rechaza tales medidas coercitivas y aboga por su abolición, pues se tratan de una negación del igual reconocimiento ante la ley, una violación del derecho a la integridad, libertad y tortura, de modo que suponen un abuso. Pero la realidad muestra que las medidas coercitivas son frecuentemente utilizadas, lo cual se traduce en un gran desafío para el respeto por las personas con discapacidad ya que se le priva de su libertad (Dawson, 2015; Colin, *et al.*, 2015; Szmukler, *et al.*, 2014).

Por nuestra parte, consideramos que tales medidas coercitivas son perfectamente compatibles con la esencia de la *Convención*. Han de ser una medida de urgencia, aplicable solo como una medida terapéutica, dado que el paciente no tiene competencia para decidir por sí mismo. El criterio de peligrosidad no tendría que ser la clave para justificar dichas medidas, pues discrimina, etiqueta y no siempre es cierto (Large, *et al.*, 2008). Su aplicación tiene que ser siempre con

8. Ciertamente, no es fácil constatar un criterio para determinar si se pueden adoptar medidas en contra de la voluntad de las personas y que, a su vez, estas no discriminen a las personas con discapacidad. En el contexto de la enfermedad mental, Szmukler, *et al.* (2014) analizan detalladamente este asunto y constatan que el criterio de la competencia puede ser neutral en el sentido de que se tendría que aplicar a todas las personas, independientemente de si tienen o no algún tipo de discapacidad. Por motivos de espacio no podemos desarrollar esta tesis que compartimos plenamente.

9. Es significativo comentar que el *Comité* (2011) recomendó a España revisar las leyes y prácticas sobre la negación de la libertad que estén basadas en la discapacidad, en particular sobre los tratamientos involuntarios, y que adoptara siempre medidas en base al consentimiento informado. No obstante, el texto no especifica, ni rechaza, la opción de tomar dichas medidas en base a otros criterios que no sea la discapacidad y que, por lo tanto, no discriminen.



vistas a alcanzar el mayor beneficio para la persona. Además, suele ser común argumentar que estas medidas se tendrían que aplicar cuando hay un peligro para la salud de la persona por la posibilidad de que realice conductas agresivas o por el deterioro (físico y psicológico) que puede implicar el no seguimiento farmacológico.

Sea como fuere, la aplicación de alguna forma de paternalismo ha de ser la excepción y nunca la regla a seguir. En todo caso, consideramos que algún tipo de medida coercitiva, sea ingreso o tratamiento involuntario¹⁰, puede justificarse ya que respeta algunos artículos del texto de la *Convención*.

En efecto, el artículo 10 establece la obligación de los Estados partes a garantizar el derecho a la vida (de calidad). Este derecho se tendría que leer conjuntamente con el de la salud (art. 25), que engloba tanto una identificación precoz como una intervención en casos de enfermedad mental severa que irremediablemente desembocará en diversos tipos de discapacidades (mentales o biológicas debido al impacto de la sintomatología psiquiátrica, etc.). Un ingreso o un tratamiento involuntario proporcionarían tratamiento necesario para la persona, sin el cual su salud puede verse dañada. Por tanto, los Estados tienen la obligación de minimizar y prevenir tales acontecimientos. En salud mental uno de los objetivos es la rehabilitación y la reintegración de las personas en la sociedad. Esto permitiría que el paciente pudiese obtener el máximo de independencia, un bienestar bio-psico-social y una participación en todos los aspectos de su vida (art. 26).

10. Ha de quedar claro que las aplicaciones de los tratamientos ambulatorio involuntarios están dirigidos a pacientes que padecen afecciones mentales graves (frecuentemente psicosis), sin conciencia de enfermedad, con múltiples ingresos hospitalarios, con abandono terapéutico una vez dados de alta de los medios hospitalarios, con el consiguiente deterioro físico y psíquico, y con conductas auto y/o heteroagresivas. Por lo tanto, no están pensados para ser aplicados a todos los pacientes psiquiátricos, sino tan solo a un colectivo muy específico. Aunque reconocemos que es un tema muy controvertido en nuestro país, sería importante evaluar su aplicación en algunos contextos muy concretos (Ramos, 2015).



Todas estas premisas están orientadas, a su vez, a la reinserción y capacitación de las personas con enfermedad mental. En este sentido, dicha pretensión puede estar fundamentada éticamente desde la propuesta de Sen (1993 y 1998) sobre la teoría de las capacidades. Dos son los pilares desde los cuales este autor se basa, a saber: *funcionamientos* y *capacidades*.

Los *funcionamientos* pueden clasificarse en simples o complejos. Los primeros hacen alusión a las funciones naturales como el estar alimentado, no padecer ninguna patología, tener buena salud, etc. Los segundos se refieren a cuestiones sobre la felicidad, la dignidad... Así pues, desde la perspectiva de Sen los funcionamientos se refieren a lo que la persona consigue hacer o ser, y esto puede englobar diversas cuestiones sobre las actividades, logros o estados deseables. Los funcionamientos indican la capacidad de la que dispone una persona para poder alcanzar aquello que realmente desea y valora. Por lo tanto, permite valorar el bienestar de una persona.

Las *capacidades* son el resultado de un conjunto de *funcionamientos* que significan la libertad de la persona para alcanzar aquello que más valora. En este ámbito hallamos el tener una buena salud, buena nutrición, seguridad física, vivir sin estigmatización, llevar una vida normalizada, etc. En definitiva, refleja la libertad de los individuos para poder alcanzar aquello que realmente desea y proporciona un marco que señala las condiciones sociales, políticas y económicas bajo las cuales se vive. Así, un reflejo negativo de ello supone la desigualdad o discriminación que se da en una persona o colectivo de personas.

Cabe preguntarse, en base a esta teoría de las capacidades, si la no aplicación de medidas terapéuticas involuntarias respeta y fomenta los *funcionamientos* y *capacidades*, o si por el contrario impiden su desarrollo. Probablemente, una persona con una enfermedad mental que no está siendo tratada médica y psicológicamente no se está haciendo nada para que tenga una buena salud, una supresión de su psicopatología, una vida normalizada sin sintomatolo-



gía, para evitar el estigma y la discriminación, etc. Por lo tanto, no se estará haciendo nada para preservar la dignidad e integridad de la persona, por su integración en la sociedad, en definitiva, por su respeto.

En conclusión, la aplicación de medidas coercitivas, con finalidad terapéutica, busca reestablecer y fomentar los *funcionamientos* y *capacidades* de las personas, lo cual ha de ser una obligación ética orientada hacia su cuidado. De lo contrario, se imposibilita el desarrollo de ello.

4.- Conclusiones

Tanto la Convención sobre los derechos *de las personas con discapacidad* como el *Comentario General* son bien recibidos en el campo de la discapacidad, pues vienen a constituir una buena herramienta para proteger y defender los derechos de este colectivo de personas. Hemos de fomentar espacios en los que los pacientes puedan decidir por sí mismos sobre su propia vida, de modo que ha de ser bienvenido ese cambio de paradigma que posibilite pasar de un modelo fundamentado en la autonomía y, en casos necesarios, con soporte a las decisiones. Hemos destacado la importancia de las *decisiones compartidas*, las *voluntades anticipadas* y la *planificación anticipada de las decisiones*, reivindicando para ello la necesidad de su aplicación en el campo de la salud mental. Dichos contextos vienen a constituir una reivindicación ética, clínica y legal. La defensa de esta postura está avalada por las teorías éticas de Apel, Habermas y Honneth.

En conclusión, hemos defendido que este modelo basado en el consentimiento informado ha de ser la regla a seguir con todos los pacientes con enfermedades mentales.

Ahora bien, también hemos constatado que en algunas circunstancias un tipo de relación fundamentada en las decisiones



por representación puede ser necesaria, por el contrario, basarnos en un *hiperautonomismo* puede poner en peligro al paciente ante sus propias decisiones. Esto implica que en algunas situaciones ha de ser necesario aplicar ingresos o tratamientos involuntarios, es decir, un paternalismo. No obstante, ha de quedar claro que su aplicación ha de ser en casos extremos, es decir, como excepción y nunca como regla. Se trata, por lo tanto, de una necesidad clínica, pero que también tiene el respaldo de las teorías de Sen ya que vienen a constituir un intento de respetar y fomentar los *funcionamientos y capacidades*.

Bibliografía

JARED, Adams, DRAKE, Robert, y WOLFORD, George. *Shared Decision-Making Preferences of People with Several Mental Illnesses*. Psychiatric Services. 2007, núm. 58.

APEL, Karl. *La transformación de la filosofía. El a priori de la comunidad de comunicación. Tomo II*. Madrid: Taurus; 1985.

APPELBAUM, Paul. *Psychiatric Advance Directives and the Treatment of Committed Patients*. Psychiatric Services. 2004, núm. 55, vol. 7.

APPELBAUM, Paul. *Assessment of Patients' Competence to Consent to Treatment*. N Engl J Med. 2007, núm. 357.

BACKLAR, Patricia, et al. *Consumer, Provider, and Informal Caregiver Opinions on Psychiatric Advance Directives*. Administration and Policy in Mental Health. 2001, vol. 28, núm. 6.

BROWNING, Michelle. *Report by Michelle Browning 2010 Churchill Fellow to Investigate New Models of Guardianship and the Emerging Practice of Supported Decision Making*. Canberra; Winston Churchill Memorial Trust: 2010.

COLIN, Melvyn, et al. *Reversing Hard Won Victories in the Name of Human Rights: a Critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. Lancet



Psychiatry. 2015, núm. 2, vol. 9.

Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Observación general n° 1 (2014). [consulta: el 23 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.villaverde.com.ar/es/assets/investigacion/discapacidad/Comite-ONU/CRPD-og1-castellano.pdf>.

Committee on the Rights of Persons with Disabilities Sixth session 19-23 September 2011. [consulta: el 23 de diciembre de 2015]. Disponible en: http://www.womenenabled.org/pdfs/SPAIN%20CRPD_Concluding_Observations_WWD_Highlights.pdf

DAHLQVIST, Jönsson, *et al.* *Service Users' Experiences of Participation in Decision Making in Mental Health Services*. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2015, núm. 22, vol. 9.

DAWSON, John. *A Realistic Approach to Assessing Mental Health Law's Compliance with the UNCRPD*. International Journal of Law and Psychiatry. 2015, núm. 40.

DEVI, Nandini., *et al.* *Moving Towards Substituted or Supported Decision-Making? Article 12 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. European Journal of Disability Research. 2011, núm. 5.

DHANDA, Amita. *Legal Capacity in the Disability Rights Convention: Stranglehold of the Past or Lodestar for the Future?* Syracuse Journal of International Law and Commerce. 2007, núm. 34.

- HABERMAS, Jürgen. *Aclaraciones a la ética del discurso*. Madrid: Trotta; 2000.

HAMANN, Johannes, *et al.* *Shared Decision-making in Psychiatry*. Acta Psychiatr Scand. 2003, núm. 107.

HAMANN, Johannes, *et al.* *Patients' and Psychiatrists' Perceptions of Clinical Decisions during Schizophrenia Treatment*. J Nerv Ment Dis. 2008, núm. 196.

HONNETH, Axel. *Integridad y desprecio. Motivos básicos de una concepción de la moral desde la teoría del reconocimiento*. Isegoría. 1992, núm. 5.



HONNETH, Axel. *Reconocimiento y obligaciones morales*. Revista Internacional de Filosofía Política. 1996; núm. 8.

HONNETH, Axel. *Entre Aristóteles y Kant. Esbozo de una moral del reconocimiento*. Logos: Anales del Seminario de Metafísica. 1999, núm. 32.

JESTE, Dilip, *et al.* *Magnitude of Impairment in Decisional Capacity in People with Schizophrenia Compared to Normal Subjects: an Overview*. Schizophrenia Bulletin. 2006, núm 32, vol. 1.

KANT, Inmanuel. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Madrid: Espasa Calpe; 2001.

BRENDAN, Kelly. *An End to Psychiatric Detention? Implications of the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. The British Journal of Psychiatry 2014, núm. 204.

LARGE, Matthew, *et al.* *The Danger of Dangerousness: Why we must Remove the Dangerousness Criterion from our Mental Health Acts*. Journal of Medical Ethics. 2008, núm. 34.

LAWSON, Anna. *The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: New Era or False Dawn?* Syracuse J Int Law Commerce. 2007, núm. 34.

LEVINSON, Wendy, *et al.* *Not All Patients Want to Participate in Decision Making. A National Study of Public Preferences*. J. Gen. Intern. Med. 2005, núm. 20.

- Naciones Unidas. *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. 2006. [consulta: el 23 de diciembre de 2015]. Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

OWEN, Gareth, *et al.* *Decision-making capacity for treatment in psychiatric and medical in-patients: cross-sectional, comparative study*. Br J Psychiatry. 2013, núm. 203, vol. 6.

PALMER, Barton, *et al.* *Correlates of Treatment-Related Decision-Making Capacity Among Middle-Age and Older Patients with Schizophrenia*. Arch. Gen. Psychiatry. 2004, núm. 61.

PATHARE, Soumitra y SHIELDS, Laura. *Supported Decision-Making for Persons with Mental Illness: A Review*. Public Health



Review. 2012, núm. 34, vol. 2.

PELTO, Veikko, *et al.* *Paternalism, Autonomy and Reciprocity: Ethical Perspectives in Encounters with Patients in Psychiatric in-Patient Care.* BMC Medical Ethics. 2013, núm. 14.

RAMOS, Sergio. *La ética del cuidado: valoración crítica y reformulación.* Laguna. Revista de Filosofía. 2011, núm. 29.

RAMOS, Sergio. *La toma de decisiones compartidas en pacientes con esquizofrenia: cuestiones médicas y éticas.* Dilemata. Revista Internacional de Éticas Aplicadas. 2012, núm. 10.

RAMOS, Sergio. ¿Hay motivos para defender el tratamiento ambulatorio involuntario? *Psiquiatría Biológica.* 2015, núm. 22, vol. 2.

RAMOS, Sergio, y ROMÁN, Begoña. *Las voluntades anticipadas en pacientes con esquizofrenia: un instrumento para potenciar la autonomía.* Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2014, núm. 34, vol. 121.

RAMOS, Sergio, y ROBLES, Bernabé. *La relación médico-paciente en salud mental: el documento de voluntades anticipadas y la planificación anticipada de las decisiones.* Rehabilitación Psicosocial. 2015, núm. 12, vol. 1.

SEN, Amartya. “Capacidad y bienestar”. En: NUSBAUM, Martha, y SEN, Amartya. *La calidad de vida.* Fondo de Cultura Económico; Mexico: 1993.

SEN, Amartya. *Commodities and Capabilities.* Delhi; Oxford University Press: 1998.

SIMÓN, Pablo. *El consentimiento informado.* Madrid: Triacastela; 1999.

SZMUKLER, George, *et al.* *Mental Health Law and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities.* International Journal of Law and Psychiatry. 2014, núm. 37.

SREBNIK, Debra, *et al.* *The Content and Clinical Utility of Psychiatric Advance Directives.* *Psychiatric Services.* 2005, núm. 56, vol. 5.

SWANSON, John, *et al.* *Facilitated Psychiatric Advance Directives: A Randomized Trial of an Intervention to Foster Advance Treatment*



Planning Among Persons with Severe Mental Illness. Am J Psychiatry. 2006, núm. 163.

THEN, Shih-Ning. *Evolution and Innovation in Guardianship Laws: Assisted Decision-Making.* Sydney Law Review. 2013, núm. 35.



Delirio y ética de la excentricidad

Sergi Solé Plans

Trabalhemos ao menos -nós, os novos- por perturbar as almas, por desorientar os espíritos. Cultivemos, em nós próprios, a desintegração mental como uma flor de preço.

Fernando Pessoa

Antes el problema era que el yo estaba alienado, ahora más bien que no lo está lo bastante.

Javier Gomá Lanzón

Resumen: El delirio ha sido comprendido como un error de juicio desde la psicopatología imperante. El delirante se ha convertido así en un «excéntrico» fuera de la verdad que necesita ser reconducido. La pretensión de verdad fuera de la norma, la «excentricidad» en la obra de JS Mill, ha venido siendo censurada por distintos autores. Defendemos aquí una comprensión del delirio no como error a enmendar sino como efectiva excentricidad, en su posibilidad de apertura a un horizonte compartido de sentido.

Palabras clave: delirio, error, excentricidad, ética, mayéutica.



La definición del delirio como error es una de las más desafortunadas de la psicopatología. Lo reconoce Jaspers, lo demuestra Spitzer, lo asume el cognitivismo sutil de Rhodes y Gipps (2008), y se dedica a ratificarlo la revista *World Psychiatry* en su número monográfico de junio de 2015.

El delirio no se define por el error aunque así lo haya venido haciendo hasta la fecha el positivismo científico, condicionado por una estrecha concepción de lo que es la verdad, más veritativa que afectiva según la distinción que apunta Josep Maria Esquirol (2015). Delira «el que sale del surco», gusta repetir la ciencia de la descripción y el enunciado. Y el que sale del surco será tomado por excéntrico.

La filosofía replica en la voz de un premediático Francesc Torralba:

Existir significa, para Kierkegaard, estar fuera de sí mismo. Existencia y excentricidad tiene una raigambre común. El hombre no sólo vive en el mundo, sino que existe. Y existe porque, como dirá después H. Plessner, es un ser radicalmente excéntrico. El hombre es existente porque *ek-siste*, es decir, está fuera de sí mismo (*sig selbet*) y del mundo que le rodea, pero de algún modo también forma parte de la naturaleza en tanto que depende de ella, vive y se mueve en ella y por ella. (Torralba, 1998).

El hombre, dice, no el delirante; el ser humano – es excéntrico.

* * *

Delirar no es apartarse del surco, del centro, sino todo lo contrario.

Delira el que permanece en la hendidura, en esa oquedad inaugural que Fernando Colina (2013) describe como «soledad esencial y constituyente».



Delira el que no puede remontar el surco para, desde el surco vecino, enriquecer su perspectiva. El que no puede salir de sí.

Delira el que, despojado de afectos, se rodea de certezas y se entrapa en su centro.

* * *

Pensamiento *centrado* por definición es el delirio. Ése es su mal, y no el de un discurrir extraviado que haya que hacer «entrar en razón». De ella anda sobrado el delirante, como mostró Minkowski, y lo que precisa no es entrar sino salir, abrirse al horizonte, ganar amplitud para dotarse de sentido. Lo último que le conviene es otra verdad frente a su verdad, positivismo sobre positivismo, el de la psicosis frente al de la ciencia, erre que erre.

Y en esas andábamos, alzando la vista del surco al horizonte, cuando vemos regresar el dictado del error y el reparto de certezas. Las personas, los ciudadanos, especialmente los enfermos y –por supuesto– los locos, necesitan –se nos dice– un pastor, un guía, sin el que andan descarriados.

En su *Tetralogía de la ejemplaridad* el filósofo bilbaíno Javier Gomá Lanzón (2014) se rebela contra la invitación de John Stuart Mill a cultivar cada uno su excentricidad. Prefiere la «acomodación al arquetipo de ciudadano que la polis implícitamente propone a todos como una oferta de sentido, individual y social». ¿Podemos leer esta propuesta como una invitación a combatir el delirio como tal excentricidad, como desvarío inaceptable que requiere su reestructuración cognitiva, su reducción a discurso normalizado? El ámbito al que Gomá alude no es el de la psicopatología, por supuesto, pero si ya el ciudadano es para él, siguiendo a Tocqueville, débil por democrático y precisa de compañía, ¿qué no requerirá la vulnerabilidad del enfermo, máxime del mental? ¿Cómo no suponerle al delirante la necesidad de guía y pastoreo si ya «la mayoría de los ciudadanos constituyen hoy –escribe– in-



dividualidades interrumpidas en su desarrollo morab»² Así, conmina Gomá a «incitaciones convincentes y realistas a la virtud pública, presentadas al ciudadano en una bandeja de usos» para ser consumidos ante el temor de que la transgresión alcance cotas excesivas:

La excentricidad que añoraba Mill, en suma, se ha masificado, y esto comporta graves consecuencias para la polis democrática. Porque una república se puede sustentar albergando en su seno una pequeña porción de excéntricos antisociales que, cual niños malcriados y consentidos, reclaman para sí los privilegios del genio, se pretenden más allá del bien y del mal, y acarician ensoñaciones poéticamente exaltadoras del yo. (Gomá, 2014).

La sociedad puede tolerar la disidencia siempre que sea confinada e identificada como tal. Gomá no se refiere, insistimos, al delirante, pero el distanciamiento de la sociedad aludido, la romántica afinidad entre genialidad y locura, y la centralidad de un yo vertebrador del mundo en el delirio acercan demasiado el retrato que él hace del ciudadano al de una cierta concepción de la psicosis. Sean o no asimilables ambas figuras la respuesta que demos en uno y otro caso nos parece que no puede ser dispar. La de Gomá es clara, ¿y la nuestra? ¿Qué proponemos? ¿Exaltar el desorden y el capricho? ¿Volver a Kingsley Hall? Decimos que no conviene a la psicosis más dogma y certeza porque eso es lo que le sobra y le pesa. Mas, ¿significa eso abandonarla en su oscuro pozo de razón? Ciertamente, no. Algo falla en esa autonomía, aunque no parece que por exceso. Analicemos –por fin– donde ve Gomá el problema y dónde vemos nosotros el remedio.

Gomá reprocha a las filosofías de corte existencialista, en especial diálogo con Kierkegaard pero también con Heidegger, haber exaltado la individualidad. Resulta curioso porque, precisamente de ese Romanticismo en el que Gomá ve nacer «los graves conflictos de socialización de la subjetividad», se distancia también Kierkegaard (1841/2006), quien ve en verdad problemático ese sujeto romántico hijo del idealismo fichteano «frente al cual nin-



guna realidad es la adecuada [ese yo colocado] más allá de la moral y de la eticidad», como escribe en *Sobre el concepto de ironía*. Pero a diferencia de Gomá no responde Kierkegaard a este individuo –tan centrado en sí– con una exigencia aristotélica de asunción de las costumbres, con el requerimiento de «acomodación al arquetipo de ciudadano»; sino mediante la socrática apertura a la duda, la invitación a cuestionar(se), por la mayéutica.

Frente a un Aristóteles, que en su *Ética* a Nicómaco conmina a «alegrarse y dolerse como es debido», y para quien las costumbres –nos dice Gomá– se deben «inculcar en el ánimo mediante la repetición y el hábito»; frente a ello aboga Kierkegaard por la enseñanza de Sócrates, dedicada a «hacer que cada uno pensara en sus deberes».

Nos cuenta Hegel en sus *Lecciones sobre la historia de la filosofía*¹ que «aquello que Aristóteles echa de menos en la definición socrática de la virtud es el aspecto de la realidad subjetiva, [...] es decir, la pasión y las costumbres». El albedrío, que no será la libertad. La libertad, sola cura del enfermo y única dignidad posible del ciudadano, está en otro lugar. «Tal es el *principio de la libertad subjetiva* –escribe Kierkegaard rescatando a Sócrates:– que uno guíe la conciencia por sí mismo». Y de Sócrates dice Hegel: «Puso la eticidad a la altura del entendimiento; pero eso no significa otra cosa que hacer consciente el hecho de que las costumbres, las leyes de la eticidad, vacilan en su determinatividad y en su inmediatez». Por ello hay que repensarlas una vez tras otra, por uno mismo. Hay que reconstruirlas sin cesar. Hay que hacer con el delirio lo que Sócrates, quien «hizo vacilar lo que de otro modo era algo firme para la representación». Creemos que es eso, y no veleidad de poeta, a lo que nos invita Pessoa cuando escribe aquello de trabajar para «perturbar as almas, por desorientar os espíritos». No hay otra salida, pues lo que ocurrió al alienista François Leuret en el París de principios del XIX, quien dice que tras comparar la idea que le pareció más loca con «un buen número de las que circulan

1. Todas las citas de esta obra están tomadas de Kierkegaard (2006)



por el mundo, me quedé sorprendido y casi avergonzado de no ver diferencias entre ellas», lo mismo vio Hegel que le sucedía a Sócrates: «cuando lo que se estima firme es comparado con otras cosas que para la representación son igualmente firmes y verdaderas (...) todo lo firme comienza a vacilar, deja de valer como algo firme». Y así empieza la educación, y es posible la terapia.

Apostamos por distinguir entre «el preguntar para obtener una respuesta y el preguntar para poner al descubierto»; entre la pregunta destinada a que el delirante responda «como es debido», o como es costumbre, y aquella que se esfuerza en despejar el horizonte de una realidad que la psicosis, como nos dice Colina, había tenido que «recubrir [para] volverla soportable». Para el delirante no hay otra salida. Insistir en la «oferta convincente y realista» de nuestra verdad, empeñarnos en el positivismo (ya sea de ciencia, derecho o costumbre), amontonar verdad sobre la verdad que ya pesa al delirante no hace más que devolverlo al surco, al hoyo, a su espantoso centro.

Bibliografía

COLINA, Fernando. *Sobre la locura*. Madrid-Valladolid: Cuatro ediciones, 2013

ESQUIROL, Josep Maria. *La resistència íntima. Assaig d'una filosofia de la proximitat*. Barcelona: Quaderns Crema, 2015

GOMÁ LANZÓN, Javier. *Tetralogía de la ejemplaridad*. Madrid: Taurus, 2014

KIERKEGAARD, Søren A. *Sobre el concepto de ironía en constante referencia a Sócrates*. Madrid: Trotta, 2006.

RHODES, John, y GIPPS, Richard G.T. «Delusions, Certainty, and the Background», en *Philosophy, Psychiatry & Psychology*. 2008, vol. 15, num.4.

TORRALBA, Francesc. *Poética de la libertad. Lectura de Kierkegaard*. Madrid: Caparrós, 1998



VV.AA., «Forum – Phenomenological and neurocognitive perspectives on delusions», en *World Psychiatry*. 2015, vol. 14, num. 2



Condicionantes externos del juicio clínico en psiquiatría

José M. López Santín

Patricia Álvaro Serón

Ferràn Molins Gálvez

Resumen: El juicio clínico es el procedimiento esencial de la medicina que subyace a la praxis médica buena. El juicio clínico en psiquiatría es más complejo debido a una serie de características propias del objeto con que trata. Por otro lado, se trata de un juicio reflexionante en sentido kantiano, por lo que la pluralidad de juicios es un elemento constituyente del mismo. Ambas características posibilitan el condicionamiento de factores externos (especialmente político-económicos por contexto histórico-social). Se precisa atender a ello para evitar prácticas fraudulentas y negligentes.

Palabras clave: juicio clínico, semiología, juicio reflexionante, gerencialismo.



1. Cuestiones éticas de la praxis médica

Se asume que, en la práctica clínica, existen niveles éticos jerárquicamente organizados. Empezando desde el más básico y universal hasta el más concreto y particular, se ha propuesto su organización de la siguiente manera: ética cívica, ética de las organizaciones, ética profesional y ética personal. Consideramos que esta jerarquización basada en la extensión del campo ético que se trata, no se focaliza suficiente en lo esencial: el ejercicio clínico. Sin un juicio clínico bien hecho, toda la cascada reflexiva ética posterior pierde sentido. Habitualmente, se parte ya de un *a priori*, según el cual ese juicio clínico está correctamente realizado. Sin embargo, estamos firmemente convencidos de que es conveniente repensarlo, especialmente en psiquiatría, puesto que nuestra práctica profesional no está exenta de desagradables sorpresas en este punto. Es por eso por lo que queremos resaltar el papel fundamental que tiene el juicio clínico en cualquier nivel de reflexión ética en que deliberemos. Para nosotros, la ética profesional es la que enmarca lo que es una buena praxis médica (una aplicación técnica correcta y adecuada de los conocimientos) y una praxis médica moralmente buena. Y para que la segunda sea posible, es condición *sine qua non* la primera. Es más, como veremos, el propio juicio clínico en psiquiatría precisa de reflexiones éticas propias que en otros ámbitos de la medicina no merece o merece menos.

Partiendo de la concepción de Georges Lanteri-Laura definiremos juicio clínico como una actividad sintética que une hallazgos de la exploración física, su historia natural y otros signos presentes o ausentes, sobre una base de conocimiento práctico y teórico que asegure la correlación de elementos. Esa correlación entre elementos es lo que constituye al signo, en este caso médico, y es la semiología o semiótica la disciplina encargada de estudiarlo.



2. Semiología psiquiátrica o psicopatología

Existen diferencias importantes en el material de que se ocupa la medicina somática y la psiquiatría. Atendiendo a esas especificidades podemos afirmar que la relación semiológica es más compleja en psiquiatría.

Algunos de los rasgos que diferencian al material semiológico en psiquiatría son:

- a) Manejamos aspectos verbales y no verbales del discurso.
- b) Los síntomas tienen un significado intrínseco.
- c) El contexto de evaluación puede afectar la expresión del síntoma o incluso formarlo.
- d) El material semiótico es más heterogéneo (hay fenómenos simples como la apraxia o complejos como el delirio, hay fenómenos resultantes del manejo de otros fenómenos como el aislamiento en la psicosis, hay fenómenos que tienen que ver con rasgos de personalidad o estilos de experiencia).
- e) El signo no remite a la lesión. No hay ni es necesaria la relación semiótica vertical. Las relaciones de remisión entre elementos son horizontales. No hay remisión específica conocida de un nivel de palabra-conducta-experiencia a otro nivel distinto (anatomopatológico, fisiopatológico, genético).
- f) Las definiciones de conceptos son semánticamente incompletas, tienen una textura abierta, puesto que los síntomas mentales son acontecimientos que se efectúan en cada subjetividad.

Esto implica que para la tipificación de cada síntoma se requiera un proceso de individualización mediante una atención al contexto que no podemos eludir. Algunas de las condiciones de individualización serían la relación entre el contenido de lo dicho y las cualidades expresivas de lo dicho, la biografía y personalidad del



sujeto, el fondo experiencial del sujeto, la duración y frecuencia del síntoma, entre otros.

3. Juicio clínico, juicio reflexionante.

Partimos de la distinción de Kant entre juicio reflexionante y juicio determinante. El juicio determinante es aquel que se orienta al conocimiento teórico y práctico del mundo y se atribuye a la facultad del entendimiento. El juicio reflexionante se atribuye a una facultad superior que sería la del pensamiento (razón). En éste último se incluiría el juicio estético y el teleológico. El juicio determinante sería el juicio que permite subsumir particulares en una ley universal ya dada. Se trataría de un proceder deductivo. Cuando no se conoce esa ley universal se trata de un juicio reflexionante, que permite establecer la ley que luego se probará deductivamente o no. El juicio reflexionante estaría así para Félix Duque en la base del juicio determinante, pues permitiría distinguir y discriminar, y así enjuiciar la base de concordancia entre lo particular y lo universal.

Siguiendo a los psiquiatras Pablo Ramos y Carlos Rejón, el juicio clínico sería un juicio reflexionante en tanto da cuenta del caso concreto sin poderlo subsumir todavía en una ley universal. Por ejemplo, un individuo que experimenta voces en su cabeza y siente que le observan de continuo se podría juzgar y tipificar de diversas formas cuanto a diagnóstico en función de la interpretación que se haga de las observaciones, de las comunicaciones que se hacen en la entrevista y de la información que del caso concreto se tiene (si sufrió malos tratos durante la infancia, si se trata de un individuo raro de personalidad desde siempre, si ha tenido algún acontecimiento vital emocionalmente intenso hace poco, si está pendiente algún procedimiento judicial contra él que trate de eludir...). Esta ley, regla o tipo universal se crea a partir del caso concreto. Es a partir de este juicio reflexionante cuando se



posibilitaría el juicio determinante, subsumir el particular en una universalidad dada. Entonces, más que un etiquetaje de alguna cosa que se nos da a los sentidos, sería la esquematización/conceptualización de una situación abierta y cambiante a interpretar según el material que tenemos (observación, comunicación con el paciente, narración de los familiares/amigos, contexto, biografía, personalidad previa...).

Así pues, y siguiendo el último trabajo inacabado de Hannah Arendt, Rejón aduce que el juicio clínico compartiría una serie de características con el juicio estético y el juicio político. Por un lado en cuanto al objeto de que se ocupan. Se ocupan de objetos particulares, de este o aquel objeto, pero siempre como objeto juzgable y que no se puede subsumir bajo una ley universal de la que sería ejemplo. La ausencia de regla de validez universal que afecte al objeto es paralela a la pluralidad de juicios necesaria del lado del sujeto. Alguien que se ocupa de la crítica, la política, la psiquiatría, la psicología clínica, recupera facetas o aspectos del caso que juzga sin agotarlo y que podrán coincidir sólo parcialmente con lo que juzgue un colega o adversario. Eso conlleva disenso o enfrentamiento. Pero además, es que esos particulares, los síntomas psiquiátricos, no pueden subsumirse bajo una ley universal porque son acontecimientos que requieren una actualización espacio-temporal, actualización que se realizaría en la estructura de la subjetividad. Los síntomas se individualizan en la subjetividad y esa individualización afecta también a la experiencia y conducta anormales. Por tanto, el hecho que la misma estructura (la subjetividad) haga posible la aparición del síntoma y sea la responsable de su singularidad, comporta que los síntomas psiquiátricos se caractericen por la novedad y la apertura a la interpretación. Por otro lado, siguiendo el hilo *arendtiano* de Rejón, el juicio clínico compartiría también con el juicio político y el estético unas características relativas a la estructura del juicio. Entendiendo el juicio como procedimiento para volver inteligibles hechos concretos, sería un juicio que llevaría la multiplicidad a la unidad sin que la



llegase a agotar, y por tanto entraría la pluralidad de juicios como elemento constituyente y no en detrimento suyo. Como ejemplo, ninguna definición de bello, o para nuestros propósitos de esquizofrenia, es capaz de agotar la idea de belleza o de esquizofrenia y se necesitan ejemplos particulares para que los legos se hagan una idea de lo que se quiere decir cuando se afirma que una cosa es bella o una persona esquizofrénica.

4. Condicionamientos externos en el marco actual de la práctica médica

Al ser el juicio clínico en psiquiatría un juicio técnicamente más complejo y en el que la pluralidad de juicios es un elemento constituyente, existe una mayor probabilidad de condicionamientos externos interesados, entendiendo esos intereses aquí como distintos de los que marca la ética profesional que es de lo que estamos tratando.

Todos pueden juzgar un síntoma o un diagnóstico psiquiátrico desde su posición y con un interés particular. No es casualidad que en el caso del piloto de GermanWings o de las masacres en las escuelas de EEUU por ejemplo, se viertan de forma masiva al ámbito público los juicios de psiquiatras, psicólogos, trabajadores de lo social, empresarios, periodistas, políticos o militares acerca de la capacidad mental del autor.

Y conociendo esta posibilidad que parte de las propiedades intrínsecas al juicio clínico en psiquiatría, nos planteamos ¿cuál es el principal condicionante externo en nuestro contexto histórico-social? ¿qué es lo que, siendo ajeno a la propia semiología, más nos condiciona a la hora de emitir un juicio clínico en nuestra profesión? Nuestra práctica profesional cotidiana sin duda nos conduce al factor económico.

Con la progresiva implantación del modelo económico neoliberal, el marco de la organización de la asistencia sanitaria se



ha ido transformando, consolidándose un modelo de medicina gestionada. Desde los años 80 hasta la actualidad se ha ido imponiendo el condicionamiento económico explícito de las decisiones clínicas por factores económicos. La ética de los negocios ha conquistado la ética de las organizaciones (igual que la política de los Estados tiende a reducirse en gran medida a la gestión económica) y se concibe la salud como una mercancía y no como un derecho, pasando el paciente a ser cliente.

La nueva gestión pública de la sanidad, la medicina gestionada o gerencialismo, ha asumido la variabilidad de la práctica médica como ineficiencia. Así, ha promovido la protocolización de las decisiones médicas con criterios de la Medicina Basada en la Evidencia (muy cuestionable en psiquiatría como ha puesto de relieve no hace mucho el profesor Germán Berrios) y las Guías de Práctica Clínica elaboradas por consensos de expertos (muy influenciados por intereses particulares como se ha demostrado en varias revisiones de literatura especializada). Por otro lado se han impuesto los incentivos económicos a los profesionales a través de sistemas de retribución variable para el cumplimiento de unos objetivos que marcarán las políticas sanitarias y se evaluarán por indicadores básicamente de tipo económico o de satisfacción del cliente.

5. Conclusiones

Podemos concluir que es la naturaleza del objeto de la psiquiatría, con sus especificidades, la que condiciona la posibilidad de una amplia penetración de factores políticos y económicos en su actividad.

Así podemos entender que los diagnósticos se modifiquen si hay crisis económica, si hay menos camas hospitalarias, si la institución para la que se trabaja incentiva o penaliza, si la industria farmacéutica recompensa determinadas prácticas, si los medios



de comunicación masiva promocionan diagnósticos concretos, si las asociaciones presionan, si la industria comercializa un determinado fármaco orientado a la mejoría de un síndrome en particular, etc.

En ocasiones se ha postulado la ética cívica, que se ocuparía de los derechos humanos, como un dique de contención básico contra la racionalidad puramente económica. Pero la realidad del siglo XX (con dos grandes guerras mundiales, con nuevas prácticas altamente inmorales en las guerras modernas, la explotación laboral, el tráfico de órganos, la esclavitud infantil y sexual, entre otros) muestra que tiene grandes límites y sigue siendo un ideal al que tender. Una ilusión que perseguir y que se ha convertido en un lugar común que incluir en el discurso como antesala para disculpar de antemano las prácticas poco éticas y mediadas por la razón económica. Para ejemplificar esto en el ámbito de la salud mental, podemos dirigir nuestra mirada a algunos Centros Especiales de Trabajo donde actualmente se prima el beneficio económico al interés terapéutico del usuario.

Ante este panorama pensamos que es urgente actuar para evitar la instrumentalización del ejercicio de la psiquiatría. Con ese ánimo se nos antoja imprescindible:

1- Incidir más en la independencia económica y política de la formación académica.

2- Ampliar la formación académica en Humanidades (historia de la psiquiatría, filosofía de la ciencia, epistemología de la psiquiatría, sociología de la salud, etc).

3- Vigilar y denunciar prácticas interesadas para explicitarlas y debatirlas públicamente (las prácticas de *'disease mongering'* como la creación de la fobia social o las epidemias de TDAH o trastorno bipolar, la expansión de tecnología de poca o nula utilidad en psiquiatría, la inclusión de la crítica social en la enfermedad mental, etc).



6. Referencias bibliográficas

BERRÍOS G. Sobre la medicina basada en la evidencia. En *Psicoevidencias*, febrero 2010.

DUQUE F. *Historia de la filosofía moderna. La era de la crítica*. Ed. Akal, 1998.

IRIGOYEN, J. La reinención de los pacientes (« el cliente siempre tiene razón»). En *Salud2000*. 2007;(113):20–5.

IRIGOYEN, J. La metamorfosis de la evaluación. En *Salud2000*. 2010;(129):16-19.

MARKOVÁ Ivana. Y BERRÍOS Germán. Epistemology of mental symptoms. En *Psychopathology*, 2009;(42): 343-349.

MARKOVÁ Ivana. y BERRÍOS Germán. Epistemology of psychiatry. En *Psychopathology*, 2012;(45): 220-227.

RAMOS Pablo y REJÓN Carlos. *El esquema de lo concreto. Una introducción a la psicopatología*. Editorial Triacastela, 2002.

RAMOS Pablo, y ADÁN Jaime. Misunderstanding psychopathology as medical semiology: an epistemological enquiry. En *Psychopathology*. 2011;44:205–15.

REJÓN C. Introducció. El que Sherlock Holmes va explicar a Hanna Arendt: naturalesa del judici clínic en psiquiatria. En: *Dotze problemes de psiquiatria clínica*. Diputació de Barcelona, 2007.

REJÓN C. *Concepción de la psicopatología como lógica : un ensayo de teoría de la psiquiatria*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2012.

REJÓN C. Psychopathology beyond semiology. An essay on the inner workings of psychopathology. En *History of psychiatry*, 2013; 24:46-61.

RICOEUR P. Juicio estético y juicio político según Hannah Arendt. En: *Lo justo*. Caparrós editores SL, 1999. Capítulo VII.

ROMÁN B. Ética y Atención al Paciente. En: *Claves para la gestión de la atención al usuario en los servicios de salud*. Sociedad Española



2. LA PERSPECTIVA ASISTENCIAL



¿Es ético el uso de placebo en ensayos clínicos de psicofármacos?

Resumen: La Declaración de Helsinki recomienda usar como control en un ensayo clínico el tratamiento activo más eficaz hasta el momento. Ocasionalmente se acepta el uso de placebo: si existen razones metodológicas importantes que defiendan su uso, la enfermedad investigada es leve y los sujetos participantes no están sometidos a riesgos añadidos o daño irreversible. En este trabajo analizamos los aspectos éticos del uso de placebo en los ensayos clínicos con psicofármacos.

Palabras Clave: psicofármacos, placebo, ensayo clínico, gold standard.



1. Introducción

El estudio científico más potente y riguroso para demostrar la eficacia y seguridad del uso de un nuevo fármaco en humanos es el ensayo clínico. En él se compara un grupo de pacientes que reciben el fármaco nuevo con otro grupo control. En algunos ensayos clínicos ese grupo control recibe placebo (una sustancia sin actividad farmacológica, o «sugar pill»). Otra opción consiste en usar como control el mejor medicamento conocido hasta el momento para la enfermedad que se está estudiando («gold standard»).

Analizamos los aspectos éticos de usar placebo en lugar de «gold standard» en el grupo control de ensayos clínicos de psicofármacos.

2. Argumentos a favor y en contra

Feifeld¹ analizó detalladamente los argumentos a favor y en contra del uso de placebo en estudios psiquiátricos. Como argumentos a favor consideró:

1 - Metodológicamente es más correcto comparar un nuevo fármaco con placebo mediante un ensayo clínico “de superioridad” que compararlo con “gold standard” mediante uno de “no inferioridad”, debido a que si no se obtienen diferencias entre el fármaco nuevo y el antiguo en el estudio de “no inferioridad” puede ser debido a que ninguno es mejor que es placebo. Este problema se agrava porque el efecto placebo es especialmente importante en los ensayos con psicofármacos. Según un análisis de la FDA de ensayos clínicos correctamente realizados un 25% de antipsicóticos que finalmente fueron aprobados no demostraron diferencias frente a placebo. En el caso de antidepresivos, el porcentaje que no mostró diferencias fue del 46%. Según la FDA supone más riesgo aprobar un fármaco que realmente no tiene actividad que someter a pacientes voluntarios al riesgo de recibir placebo.



2 - Para un estudio de “no inferioridad” se necesita un tamaño de la muestra mayor que para un estudio de “superioridad”. Por lo tanto el porcentaje de pacientes que se someten al riesgo de efectos secundarios se incrementa.

3 - En un estudio de “no inferioridad” el “éxito” (la aceptación de la eficacia del nuevo fármaco) se consigue cuando no se detectan diferencias entre tratamientos. En un estudio de “superioridad” se logra cuando se detectan diferencias entre el fármaco nuevo y el placebo. Por lo tanto en un ensayo de superioridad existe un interés intrínseco por parte de los investigadores en conseguir una metodología lo más sensible posible. En un ensayo de no inferioridad el interés está en no encontrar diferencias por lo que hay un riesgo de que el investigador no desee un estudio potente.

Como argumentos en contra del uso de placebo:

Rothman y col³ consideran que el uso de placebo en ensayos clínicos no es ético en la mayoría de circunstancias. Específicamente consideran inaceptable que los argumentos científicos tengan más validez que los éticos a la hora de decidir qué usar como grupo control. Ponen de manifiesto al menos un caso en el que la FDA rechazó la propuesta de un nuevo fármaco porque el ensayo clínico lo había comparado con un fármaco activo en lugar de placebo. No obstante si se hubiese comparado con placebo, se hubiese contravenido la Declaración de Helsinki, según la cual todo paciente (incluidos los asignados al grupo control) deberían recibir el mejor tratamiento conocido hasta la fecha. Rothman analiza una serie de argumentos que suelen usarse a favor del uso de placebo:

1 - Establecer el beneficio del tratamiento nuevo respecto de un punto de referencia fijo. Que un fármaco nuevo sea equivalente al estándar no implica que ninguno de los dos



--- sea efectivo (podrían ser efectivos ambos o no ser efectivo ninguno) No obstante según Austin Bradford Hill, la pregunta clínica que hay que hacerse es si el nuevo tratamiento es mejor que el existente, no si es mejor que nada.

2 - Evitar decisiones difíciles a la hora de elegir el tratamiento de referencia. En ocasiones puede ser complicado elegir cuál es el mejor tratamiento existente, porque una opción puede ser la más eficaz pero otra puede tener menos efectos secundarios u ofrecer una mejor calidad de vida. La opción de comparar con placebo puede parecer una solución sencilla para no tener que elegir. No obstante Rothman señala la obligación ética de los investigadores de tomar tales decisiones.

3 - Mejorar la significación estadística. La FDA se basa en ensayos clínicos comparados con placebo, al parecer porque es más fácil observar una significación estadística que en los comparados con fármaco activo. Pero precisamente un estudio con placebo de pequeño tamaño con elevada variabilidad podría arrojar una diferencia que no exista en realidad.

4 - Si la enfermedad no es grave no es importante privar al participante en el estudio de un tratamiento existente. Este argumento no concuerda con la norma general recogida en la Declaración de Helsinki.

5 - Si un participante otorga su consentimiento informado puede incluirse en el grupo placebo y privarlo del tratamiento existente. Esto supone transferir el problema ético al paciente. Muy probablemente y por mucho que se informe al participante, éste no tendrá tanta información como su médico, y la decisión de privarse del fármaco activo no se tomará con total conocimiento de causa.



3. Recomendaciones de la Academia Canadiense de Psiquiatría

La Academia Canadiense de Psiquiatría estableció su posición⁵ argumentando en general a favor del uso de la mejor terapia conocida en el grupo control, y sólo a favor del uso de placebo en las siguientes situaciones:

1. Cuando el efecto del placebo es muy alto, variable o cercano al del “gold standard”.
2. Cuando las terapias existentes tienen alto riesgo, efectos secundarios serios o son sólo efectivas frente a algunos síntomas de la enfermedad.

4. Psicofármacos en contraposición a otros fármacos

Según lo expuesto anteriormente, consideramos que los psicofármacos no son intrínsecamente diferentes a otro tipo de fármacos en cuanto a la ética de usar placebo como control. La decisión de emplearlo o no dependerá de cada caso particular, teniendo en cuenta la gravedad y las consecuencias de ser aleatorizado al grupo que recibe placebo y por tanto no recibir tratamiento activo.

5. Fármacos antidepresivos en contraposición a antipsicóticos

Por el contrario sí nos parece que en líneas generales, la consideración ética del uso de placebo como control es distinta en los antidepresivos que en los antipsicóticos. Por un lado el paciente psicótico no tratado evoluciona desfavorablemente, en ocasiones de forma irreversible. Por otra parte existe riesgo para el paciente



y para terceros. Por estos motivos no estimamos aceptable el uso de placebo como control.

En la depresión estas cuestiones dependen de su gravedad. Una depresión grave tiene un riesgo de suicidio elevado, y a veces también contra terceros, y por lo tanto no sería ético el control con placebo. En contraposición, en los cuadros leves sí nos parece que el placebo sería aceptable.

6. Conclusiones

1. Desde el punto de vista metodológico parece más recomendable comparar un fármaco nuevo con placebo.
2. La gravedad de la enfermedad psiquiátrica y los riesgos añadidos del uso de placebo son muy dispares, por lo que cada caso debería evaluarse individualmente.
3. Los psicofármacos no son intrínsecamente diferentes a otro tipo de fármacos en cuanto a la ética de usar placebo como control.
4. La consideración ética del uso de placebo como control es distinta en los antidepresivos que en los antipsicóticos.



Bibliografía

1. FEIFEL, David. “The use of placebo-controlled clinical trials for the approval of psychiatric drugs: part I-statistics and the case for the “greater good””, en *Psychiatry* (Edgmont). 2009 Mar;6(3):41-3.
2. LAUGHREN, Thomas. “The scientific and ethical basis for placebo-controlled trials in depression and schizophrenia: an FDA perspective” en *Eur Psychiatry*. 2001 Nov;16(7):418-23.
3. ROTHMAN, Kenneth; y Michels Karen. “The continuing unethical use of placebo controls”, en *N Engl J Med*. 1994 Aug 11;331(6):394-8.
4. HILL, Austin Bradford. Medical Ethics and Controlled Trials, en *Br Med J*. 1963 Apr 20; 1(5337): 1043–1049.
5. ADDINGTON, Donald; Williams, Richard; Lapierre, Yvon; y el-Guebaly Nadi. Placebos in clinical trials of psychotropic medication, en *Can J Psychiatry*. 1997 Apr;42(3):6p.



Incertidumbre y decisiones compartidas en la práctica clínica: tratar con la psicosis

Ada Ruiz Ripoll y Ana M^a Costa Alcaraz

Resumen: La experiencia (sometida a subjetividad) y las pruebas (conocimiento probabilístico con márgenes de error e incertidumbre) configuran el saber médico. En la clínica, cuenta tanto la cualificación del experto como la capacidad de éste para establecer una relación basada en la confianza y el reconocimiento recíproco. No hay confianza sin empatía. Y tampoco es posible tomar decisiones de forma compartida, un nuevo desafío para quienes son partidarios de respetar la autonomía del paciente. La empatía permite acoger al otro desde su singularidad emocional, extraña singularidad en las personas con esquizofrenia.

Palabras clave: Incertidumbre. Decisiones compartidas. Trastorno mental. Esquizofrenia. Psicosis.



1. Incertidumbre y decisión compartida.

La decisión compartida requiere: intercambio de información; construir un consenso mediante deliberación sobre las opciones de tratamiento y las preferencias del paciente; llegar a un acuerdo sobre el tratamiento a implementarlo (Charles *et al.*, 1997). Desde el punto de vista ético, favorece la autonomía, reconoce y potencia las capacidades de las personas, con lo que se mejora la calidad de la relación clínica. Desde el punto de vista terapéutico, abre un camino para favorecer la anticipación a los escenarios probables o posibles y facilitar así la adaptación y tolerancia a la incertidumbre de forma más ajustada; además podría ser un instrumento para favorecer la adherencia al tratamiento.

La medicina es ciencia, en tanto constituida por un cuerpo de conocimientos objetivos, pero también es praxis, en tanto sus conocimientos se aplican a personas. Como ciencia no es exacta, sino probabilística, tanto aplicada a la clínica cuanto si se refiere a la población general (salud pública, epidemiología). Los resultados obtenidos a partir de ensayos clínicos controlados son probabilidades con intervalos de confianza, y solo deberían extrapolarse a poblaciones de similares características a la estudiada. Así, la relación clínica conlleva cierto grado de incertidumbre en cuanto a diagnóstico, determinación de factores desencadenantes o de factores mediadores del estrés ; o en cuanto a pronóstico . Resulta casi imposible tener la certeza absoluta de haber elegido lo mejor para un caso concreto, motivo por el cual muchas de las decisiones tienen que tomarse en base a la *lex artis* (consensos y protocolos) Pero la *lex artis* no se basa en la existencia de pruebas científicas irrevocables, sino en la opinión de expertos que muchas veces está sesgada por intereses ligados a grupos de poder ya sea económico, político o académico (no siempre declarada explícitamente como conflicto de intereses).

El terreno movedizo de la incertidumbre clínica se complica con el mal uso de la medicina basada en pruebas científicas



(MBE). Las recomendaciones de la MBE no se fundamentan en razonamientos, sino en ensayos clínicos controlados para cuyo análisis se aplican técnicas estadísticas más o menos complejas que el médico no siempre conoce. En la formación (tanto de pre como de post-grado) apenas se incluyen materias relacionadas con la lectura crítica de la literatura científico-médica y, aunque existen centros independientes que ofrecen formación al respecto, como la Red CASPe¹ o la Fundación Cochrane², y publicaciones secundarias que hacen una valoración crítica de lo publicado sobre tratamientos u otros aspectos de la medicina, como Prescrire³, Hemosleido⁴ y Equipo Cesca⁵, la competencia profesional en estos temas queda al albur de la decisión privada en cada caso.

Se puede afirmar que, en la clínica, siempre se toman decisiones por aproximación. La estimación de la probabilidad de que un paciente concreto tenga una enfermedad en particular juega un papel importante ante la decisión de iniciar un tratamiento, u obtener más información de pruebas diagnósticas (Pauker y Kassirer, 1980).

En teoría, el clínico se mueve en un marco de incertidumbre, dentro del cual procura tomar la decisión más prudente (Gérvas y Pérez, 2005) En la práctica no siempre se tiene en cuenta eso. Quien asume la incertidumbre, contempla el error como una posibilidad y acepta las propias limitaciones de conocimientos. La falta de conciencia respecto a los propios límites conduce a la imprudencia prepotente.

La ignorancia de los límites del conocimiento científico genera

-
1. Critical Appraisal Skills Programme. Accesible en: <http://www.redcaspe.org/drupal/?q=node/8>. [Consulta: 24-06-2015]
 2. Cochrane Foundation. Accesible en: <http://www.cochrane.org/> [Consulta: 24-06-2015]
 3. Prescrire. Accesible en: <http://www.prescrire.org/Fr/12/32/0/0/About.aspx> [Consulta: 24-06-2015]
 4. Hemosleido. Accesible en: <http://www.hemosleido.es/about/> [Consulta: 24-06-2015]
 5. Equipo Cesca. http://equipocesca.org/equipo_cesca/ [Consulta: 24-06-2015]



intolerancia a la incertidumbre y ello conduce a la necesidad de llegar cuanto antes a cerrar un diagnóstico. El cierre prematuro de diagnóstico es una de las causas de errores evitables en el proceso asistencial (Vázquez-Costa y Costa-Alcaraz, 2013) y, especialmente en psiquiatría, tiene como consecuencia que los diagnósticos terminan siendo desplazados por las etiquetas. Un diagnóstico debe servir para orientar en cuanto a la decisión de tratamiento; en caso contrario no es diagnóstico, se trata de una etiqueta.

Cada vez con mayor frecuencia los pacientes prefieren que, antes de tomar decisiones, se cuente con ellos (Chewning *et al.*, 2012) En el marco de una decisión compartida, asumir la incertidumbre diagnóstica no supone adoptar una actitud paralizante en la cual el experto no sabe qué elegir y delega la responsabilidad en el paciente. Supone ser consciente de que el conocimiento médico es probabilístico y su razonamiento hipotético. En consecuencia, supone revisar periódicamente la hipótesis elegida estando dispuesto a adoptar otra si procediese.

La prudencia (tolerar la incertidumbre, confiar a pesar de las dudas, contemplar el error como una posibilidad, aceptar el no saber y la impotencia) constituye una habilidad para manejar la realidad cotidiana en la práctica clínica que conviene adquirir. En este contexto, comunicar al paciente una hipótesis diagnóstica o pronóstica y establecer una dinámica de toma de decisiones con deliberación compartida es un desafío ético, pero también es el mejor recurso para afrontar honestamente esta incertidumbre.

En el contexto de los trastornos relacionados con la salud mental, el desafío parece todavía mayor, dada la especial naturaleza de los trastornos y síntomas mentales. El trastorno mental es una vivencia y los síntomas mentales no dejan de ser una interpretación que el profesional realiza de la expresión verbal y conductual de esta vivencia. Muy raramente aparecen síntomas patognomónicos, o signos ligados directamente a la disfunción, o existen pruebas concluyentes. La apreciación subjetiva de la vivencia del paciente está mediada por una protocolización (en-



trevistas estructuradas, guías diagnósticas, árboles de decisión) que muy a menudo se basa en un conocimiento interesadamente sesgado o simplemente romo. Por otra parte, existen diferentes aproximaciones comprensivas del trastorno mental, lo que lleva a una amplia variabilidad de indicaciones terapéuticas, muchas veces basadas más en las propias habilidades que en las necesidades de los pacientes. Finalmente, este tipo de paciente presenta con frecuencia distorsiones en la comprensión, el razonamiento, o la capacidad de apreciación y expresión de una elección, lo que afecta evidentemente su competencia para participar en la toma de decisiones compartidas.

2. La relación de confianza: aspectos emocionales

En el contexto médico, debido a la vulnerabilidad emocional y la dependencia intrínseca, la relación entre médico y paciente va ser asimétrica. Es por ello que el profesional ha de hacer consciente una actitud proactiva hacia la cooperación y ha de cultivar las habilidades humanas para conseguir una relación ajena a los mecanismos perturbadores de las relaciones de poder/ dependencia derivados de la falta de reconocimiento interpersonal (Costa-Alcaraz, 2012).

Una relación clínica que responda al compromiso ético se fundamenta en el reconocimiento recíproco entre médico y paciente y se concreta en la práctica de medicina centrada en el paciente (MCP). Para que esta relación sea eficaz, es preciso tener en cuenta no solo la calidad científico-técnica del conocimiento del médico, sino también aspectos relativos a emociones y sentimientos implicados en la relación.

Tener en cuenta la perspectiva emocional del paciente es actualmente un elemento esencial en los consensos que se publican



sobre comunicación médica^{6, 7, 8}. En realidad, tener en cuenta la perspectiva emocional del otro forma parte de las habilidades de cognición social. La capacidad para imaginar y predecir la intención, los deseos o la conducta de los demás resulta esencial en el desarrollo humano, tanto para la supervivencia de la especie como para la adaptación del individuo. Junto con esa capacidad para construir una teoría de la mente (ToM) del otro (que facilita el entendimiento y la cooperación), está la capacidad para conectar con las emociones del otro (o empatía) (Decety y Lamm, 2006)

Desde un punto de vista fenomenológico, empatizar supone sentir, de forma vicariante, la emoción que impregna el estado mental del otro. Implica distinguir las propias emociones de las desencadenadas en nosotros al percibir el estado emocional del otro. Empatía puede entenderse como un “sentir *con* el otro”, resonar junto al otro, hacerse cargo de su estado emocional (Edith Stein, 2004). Al empatizar se conecta con el estado afectivo de otra persona sin impregnarse de éste; tomándolo desde la *perspectiva del otro*, lo cual permite mantener independiente la cognición. Empatizar consiste en reconstruir de forma imaginativa la experiencia de otra persona sin hacer ninguna evaluación particular de la misma (Nussbaum, 2012). Algunos autores proponen un modelo de respuesta empática en dos fases. Durante la primera, la resonancia emocional con otra persona activa el componente cognitivo que conduce a la segunda, la preocupación empática que despierta el deseo de ayudar (Tangney *et al.*, 2007).

Es importante diferenciar la empatía de otros conceptos afines como simpatía y compasión. Tanto en la simpatía como en la

6. Calgary Cambridge Guide. 1998 [consulta: 14 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.gp-training.net/training/communication_skills/calgary/calgary.pdf>.

7. Bayer – Fetzer Conference on Physician – Patient Communication in Medical Education. “Essential elements of communication in medical encounters: The Kalamazoo consensus statement”. *Academic Medicine*. 2001, vol. 76, núm 4: 390-93.

8. Rider, Elizabeth A. y Keefer, Constance H. “Communication Skills competencies”. *Academic Medicine*. 2006, vol. 40, núm 7: 624-29.



compasión se da más bien un “sentir *por* el otro”; se da impregnación de las propias emociones por las de otra persona. El término simpatía se refiere a la inclinación afectiva interpersonal en donde la emoción propia se contagia de la emoción del otro. La simpatía establece vínculos afectivos placenteros. La compasión, en cambio, es un sentir por el otro que nos mueve, más allá del sentir, hacia una acción prosocial o altruística (Singer y Lamm, 2009). La compasión también se entiende como una emoción dolorosa, ocasionada por la conciencia del infortunio inmerecido de otra persona (Nussbaum, 2012) y, bien entendida, puede llegar a ser el substrato emocional del que surja la necesidad de justicia.

En el contexto de la relación clínica mejor que actitud simpática se trata de mantener una *actitud empática*, con resonancia emocional que posibilite una preocupación empática ajustada, sin confusión emocional. Por ejemplo, se puede empatizar con la rabia que siente un paciente por el retraso de *una cita* o de un diagnóstico, pero no conviene dejarse llevar por esta rabia. Cuando, más allá de empatizar, se experimenta preocupación empática por quien sufre las consecuencias del retraso, es posible que dicha emoción motive una conducta compasiva dirigida a disminuir en lo posible el sufrimiento ajeno impulsando a realizar las acciones pertinentes para disminuir el daño, o a intentar ayudar en la gestión de esa emoción tan negativa que es la rabia-. Cabe destacar la importancia de una adecuada regulación de la capacidad empática a fin de evitar tanto el contagio emocional como la sobrepreocupación empática, ya que en ambos casos se puede sesgar de forma importante la capacidad de pensar y actuar.

Por otra parte, también existe una empatía disfuncional. Es propia de las personalidades psicopáticas que simulan una resonancia afectiva que no tiene para aprovechar en su exclusivo beneficio las relaciones de confianza que establecen.

La actitud recomendada para el médico es la del sujeto que siente e identifica y distingue sus propias emociones de las del paciente. Ello no solo aporta un conocimiento de mayor calidad



sobre la situación del paciente y facilita una relación satisfactoria basada en la confianza, sino que también permite gestionar situaciones de dificultad cuando un paciente proyecte en la relación emociones negativas o actúe con agresividad.

3. La decisión compartida en el contexto del trastorno esquizofrénico.

La esquizofrenia supone un ejemplo extremo de desafío para la participación en la deliberación y decisión compartida. La incertidumbre se extiende densamente sobre la naturaleza del trastorno, su evolución y respuesta a los tratamientos. Es un síndrome clínico, heterogéneo y de límites imprecisos; con factores de riesgo de diferente naturaleza (genéticos y epigenéticos, gestacionales, inflamatorios, déficits cognitivos, experiencias adversas en la infancia, uso de cánnabis) interactuando. Si bien el trastorno conlleva un riesgo ocasional de daño propio o para el prójimo, los tratamientos biológicos sobre los que actualmente pivota el abordaje clínico son poco efectivos en muchos pacientes, van dirigidos más al control de síntomas que a la funcionalidad y no están exentos de riesgos para la salud global del paciente (síndrome metabólico, trastornos motores, riesgo tromboembólico).

La evolución es muy incierta y cursa frecuentemente con síntomas que afectan de forma importante a la calidad de vida y su funcionalidad. Así, en seguimiento de pacientes ambulatorios durante 3 años se ha podido observar que, si bien un 66 % puede conseguir una remisión sintomática, solo alrededor de un 25 % consiguen una remisión funcional (Haro *et al.*, 2011). A pesar de la gran cantidad de investigación que se realiza y publica, los resultados en avances que impliquen una mejora significativa de la calidad de vida de afectados por el trastorno son más bien mediocres. Ello ha llevado a replantear las directrices y paradigmas de la investigación en esquizofrenia, incluyendo entre las líneas



de prioridad el desarrollo de diferentes abordajes terapéuticos y la necesidad de desarrollar una sensibilidad para establecer procesos en la toma de decisiones que tenga en cuenta la perspectiva del paciente (Silverstein *et al*, 2014).

En los últimos años se ha llevado a cabo trabajos empíricos, algunos en diseño experimental de ensayo clínico randomizado, que han podido demostrar que la toma de decisiones compartida respecto al tratamiento psicofarmacológico en pacientes con esquizofrenia es posible. De las revisiones de estos estudios se concluye que tanto pacientes como profesionales reconocen su necesidad, pero que la decisión compartida se ofrece menos a menudo de lo que desearían los pacientes; es una actividad de altamente compleja, que implica tiempo junto con participación de varios agentes y los profesionales necesitarían un entrenamiento más específico para saber tratar con las situaciones de decisiones difíciles; y una de las barreras más importantes es el déficit en la capacidad decisoria de los pacientes (Beitinger *et al*, 2014). Al tiempo, no se ha podido demostrar de forma consistente que esta aproximación tenga un efecto a largo plazo sobre la recaída y la rehospitalización (Hamann *et al*, 2007). Ello ha llevado a la propuesta de una aproximación integral añadida en donde tanto pacientes como profesionales reciban formación y ayuda específica para potenciar sus capacidades (Hamann y Heres, 2014); y probablemente se trata de una aproximación que se ha de mantener y alimentar a lo largo del tiempo para conseguir efecto sobre la evolución de los trastornos.

La esquizofrenia puede entenderse como un trastorno de la capacidad organizadora del yo, como un “self-disorder” que afecta la percepción básica de la mismidad, de la otredad y de la realidad del mundo externo (Henriksen y Parnas, 2013). Con frecuencia cursa con síntomas deficitarios tanto cognitivos como emocionales o conductuales; y con distorsiones en las capacidades de metacognición para representar y atribuir la realidad mental y emocional.



Estas distorsiones se manifiestan, por una parte, en las dificultades para reflexionar sobre los contenidos de la conciencia o para tener una percepción ajustada de lo que está sintiendo uno mismo (David, 2012) y, en otro sentido, en dificultades para tener una apreciación de la realidad mental y emocional del otro, en definitiva para empatizar (Gren, 2015; Dernt *et al.*, 2009; Dernt *et al.*, 2012).

Así, entre los factores que pueden dificultar la participación en el proceso de deliberación y decisión compartida, se ha de tener en cuenta no solo las dificultades cognitivas, sino también las distorsiones en la metacognición que parecen conformar una parte esencial del trastorno esquizofrénico. Una persona con un trastorno psicótico seguramente va a presentar problemas para sintonizar empáticamente o alinearse con la intención del otro, aunque la intención del otro sea una acción prosocial o compasiva dirigida a aliviar su sufrimiento. La construcción de una relación en la que se pueda dar un proceso de decisión compartida implica el mantenimiento de la capacidad de empatizar y por tanto de sentir y reconocer las emociones. Articular este tipo de relación requiere interés, sensibilidad, un saber hacer y tiempo. El saber hacer implicaría tener un abordaje relacional considerando las dificultades intrínsecas de los pacientes para identificar sus propias emociones; y poder reconocer en el paciente un mundo emocional disímil y, a veces, tan desorganizado como amenazante. Así se entiende las dificultades que se presentan ante los pacientes con un trastorno esquizofrénico en un proceso de toma de decisiones compartida. No se trata solo de potenciar capacidades de forma puntual, sino más bien, de propiciar un cambio de actitud general de forma mantenida. Precisa de un compromiso del profesional y también de las organizaciones.

Una de las dificultades más señaladas para participar en la toma de decisiones compartidas es la falta de conciencia del trastorno. Un elevado número de pacientes presentan déficits en la conciencia de trastorno y en la conciencia de necesidad de tratamiento o



de las consecuencias sociales de su trastorno, así como dificultades para reconocer los síntomas como experiencias extrañas incluso, en el caso de que los puedan reconocer, de realizar una adecuada atribución del fenómeno. La falta de conciencia se entiende como un fenómeno clínico y multidimensional. Se trata de un fenómeno complejo no exento de controversias teóricas. Según los estudios empíricos, una pobre conciencia de enfermedad se relaciona globalmente con baja adherencia al tratamiento y peor evolución (Amador y David, 2004). Como se ha comentado anteriormente (David, 2012), las distorsiones en las capacidades metacognitivas parecen estar implicadas en las dificultades para reconocer las experiencias psicóticas o extrañas como debidas a un trastorno, lo que supondría que existiría una genuina inhabilidad en la metacognición que afectaría a la posibilidad de tomar conciencia de las propias dificultades, tanto para apreciar el contenido de la conciencia como para realizar una adecuada atribución. Por otra parte, también se ha postulado una hipótesis motivacional explicativa del déficit de conciencia de trastorno; en este sentido, el déficit de conciencia sería una forma de preservar una percepción integrada del sujeto (Birchwood *et al*, 1993). Una mayor conciencia de trastorno se relaciona con sentimientos doloroso depresivos y de baja auto-estima; y aunque la conciencia del trastorno por si misma no parece incrementar el riesgo de suicidio, es probable que sea la depresión y la desesperanza los factores mediadores que impliquen un aumento de este riesgo (Moriñigo *et al*, 2014). Parece ser que un factor mediador importante entre conciencia de enfermedad y depresión sería el estigma percibido (Pruß *et al*, 2012; Lysaker *et al*, 2013). Hay que facilitar la desestigmatización ofreciendo lugares, tiempos y procedimientos para la relación favorecedora del mutuo reconocimiento. Sustraer al paciente afecto de un trastorno esquizofrénico de una relación de mutuo reconocimiento y privarle de la posibilidad de participar en una deliberación y una toma compartida de decisiones por muy difícil que sea, es profundizar en la estigmatización.



Bibliografía

AMADOR, Xavier F., y DAVID, Anthony. S. *Insight and psychosis: Awareness of illness in schizophrenia and related disorders*. Oxford, UK: Oxford University Press. 2004(2nd ed.)

BEITINGER Romain, KISSLING Werner, HAMANN Johannes. *Trends and perspectives of shared decision-making in schizophrenia and related disorders*, en *Curr Opin Psychiatry*. 2014; 27(3):222-9.

BIRCHWOOD, Max, et al.. *Depression, demoralization and control over psychotic illness: A comparison of depressed and non-depressed patients with a chronic psychosis*. *Psychological Medicine*. 1993; 23(2): 387-95.

CHARLES, Cathy, GAFNI, Amiram, WHELAN, Tim. *Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (Or it takes at least two to tango)*, en *Soc Sci Med* 1997; 44:681-92

CHEWNING, Betti, et al. *Patient preferences for shared decisions: a systematic review*. *Patient Educ Couns*. 2012, vol. 86, núm. 1: 345-72.

COSTA-ALCARAZ, Ana María. *Reconocimiento recíproco en el ámbito de la salud*, en *Dilemata (Revista Internacional de Éticas Aplicadas)* [en línea]. 2012, núm. 8 [consulta: 14 de enero de 2016]

DAVID Anthony S., et al. *Failures of metacognition and lack of insight in neuropsychiatric disorders*, en *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2012 ; 367(1594): 1379–90

DECETY, Jean, y LAMM, Claus. *Human Empathy Through the Lens of Social Neuroscience*, en *ScientificWorldJournal*. 2006;6:1146-63

DERNTL Birgit, et al. *How specific are emotional deficits? A comparison of empathic abilities in schizophrenia, bipolar and depressed patients*, en *Schizophr Res*. 2012 ;142(1-3):58-64.

GERVAS, Juan, y PEREZ-FERNANDEZ, Mercedes. *Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la incertidumbre*, en *Aten Primaria*. 2005;vol.35,núm. 2:95-8.

GREEN, Michael F., HORAN, William P., y LEE, Junghee. *Social cognition in schizophrenia*, en *Nat Rev Neurosci*. 2015 ;16(10):620-31.



HAMANN Johannes, y HERES Stephan. *Adapting shared decision making for individuals with severe mental illness*, en *Psychiatr Serv.* 2014;65(12):1483-6

HAMANN Johannes, et al.. *Shared decision making and long-term outcome in schizophrenia treatment*, en *J Clin Psychiatry.* 2007; 68(7): 992-7.

HARO, Jose Maria, et al. *Cross-national clinical and functional remission rates: Worldwide Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (W-SOHO) study*, en *Br J Psychiatry.* 2011; 199(3):194-201.

HENRIKSEN Mads G, y PARNAS Josef. *Self-disorders and Schizophrenia: A phenomenological reappraisal of poor insight and noncompliance*, en *Schizophrenia Bulletin.* 2014; vol. 40(3): 542-7.

LYSAKER, Paul H, et al. *Depression and insight in schizophrenia: comparisons of levels of deficits in social cognition and metacognition and internalized stigma across three profiles*, en *Schizophrenia Res.* 2013; 148 (1-3):18-23

LOPEZ-MORÑIGO, Javier, et al. *Insight in schizophrenia and risk of suicide: a systematic update.*, en *Compr Psychiatry.* 2012 ;53(4):313-22.

NUSSBAUM, Martha C. *Paisajes del pensamiento.* Barcelona: Paidós. 2012, 2ª impresión

PAUKER, Stephen G., y KASSIRER, Jerome P. *The threshold approach to clinical decision making*, en *N Engl J Med.*1980; vol. 302, núm. 20:1109-17.

PRUß, Linda, WIEDL Karl Heiden, y WALDORF Manuel. *Stigma as a predictor of insight in schizophrenia*, en *Psychiatry Res.* 2012 ;198(2):187-93.

SILVERSTEIN, Steven M, MOGHADDAM, Bitá, WYKES, Til. *Research strategies and priorities to improve the lives of people with schizophrenia: executive summary of the Ernst Strüngmann Forum on schizophrenia*, en *Schizophr Bull.* 2014 ;40(2):259-65.



SINGER Tania, y LAMM, Claus. *The social neuroscience of empathy*. *Ann N Y Acad Sci*. 2009; vol. 1156: 81-96.

TANGEY, June Price, STUEWING, Jeff, MASHEK, Debra. *Moral Emotions and Moral Behavior* en *Annu Rev Psychol*. 2007; 58: 345-72.

STEIN, Edith. *Sobre el problema de la empatía*. Madrid: Trotta, 2004.

VÁZQUEZ-COSTA, María, y COSTA-ALCARAZ, Ana María. *Cierre prematuro de diagnóstico: un tipo de error evitable*, en *Rev Clin Esp*. 2013, vol. 213, núm. 3:158-62.



LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL

Marco jurídico internacional e implicaciones bioéticas

Maria Àngels Porxas Roig

Resumen: Análisis del marco jurídico internacional y reflexión desde la bioética de los derechos de las personas con enfermedad mental mediante la constatación de la evolución de la autonomía en dos instrumentos internacionales de derechos humanos: el Convenio Europeo por los Derechos Humanos (CEDH) 1950, modelo paternalista donde se legitima la privación de libertad de las personas con un trastorno mental, y la Convención por los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) 2006, que propugna un cambio de paradigma hacia un modelo social de entendimiento de la discapacidad que defiende la autonomía y la igualdad ante la ley como pilares para el empoderamiento de los afectados.

Palabras clave: autonomía, personas con enfermedad mental, Convención para los Derechos de las Personas con Discapacidad, Convenio Europeo de los Derechos Humanos, cambio de paradigma



1. El principio de la autonomía en salud mental

El respeto a la autonomía es la gran conquista de la ética médica y, probablemente, como afirman algunos autores como Puyol (2012) «el motor que más y mejor ha impulsado la reflexión moral en el campo de la medicina en los últimos años». Este principio ha contribuido, entre otros progresos, al respeto de la voluntad de los individuos para aceptar un tratamiento médico o rechazarlo, y evitar así que se manipule o se invada su cuerpo sin su permiso cambiando el paradigma de la relación médico-paciente. Por otro lado, la autonomía ha sido el último de los principios en ser incorporados a la bioética, hecho que no sorprende ya que está vinculado a la idea de la libertad individual, concepto moderno y muy particular del estado liberal de las sociedades occidentales.

Paradójicamente, este principio, que es una de las piedras angulares de la bioética, no se ha reconocido con tanta facilidad para ciertos colectivos: los menores de edad y adolescentes, las personas con discapacidades intelectuales y las personas diagnosticadas con un trastorno mental severo, este último siendo el caso que aquí nos interesa. En el campo de la salud mental siempre ha existido una inquietud por los dilemas éticos relacionados con la asistencia a los pacientes.

Estos problemas y su gestión se encuentran inextricablemente vinculados al marco político e ideológico en el que emergen. Pero la ductilidad atribuible al derecho y necesaria para su adaptación a los cambios históricos y sociales requiere obviar lo ideológico y lo político para el respeto al pluralismo; pluralismo cuyo reconocimiento es también imprescindible para la reflexión bioética, que no puede ser argumento para justificar el desapoderamiento de una parte de la población como reflejo de concepciones preconcebidas mayoritariamente dominantes.

Llegados a este punto debemos preguntarnos cómo han regulado los instrumentos de derechos humanos los derechos de las personas con una enfermedad mental, derechos que surgen como



resultado del progreso en el reconocimiento y la institucionalización de los principios éticos que propugnan y que, en principio, y citando a Méndez (2000) «son la consecuencia del encuentro de cierta unidad básica en los juicios morales compartidos de los seres humanos»; así, se presume que deben garantizar a todos los mismos derechos. ¿Pero así es realmente?

2. Vulneraciones de derechos humanos a enfermos mentales y la respuesta del Tribunal Europeo de Derechos Humanos

Para conocer cuáles son las vulneraciones de derechos humanos que más preocupan al colectivo de los enfermos mentales expongo los resultados de una investigación que llevé a cabo anteriormente donde hice una búsqueda jurisprudencial en el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) con el objetivo de conocer qué vulneraciones de los derechos del Convenio Europeo de Derechos Humanos (CEDH) eran las más veces denunciadas ante el TEDH, y por lo tanto también probablemente los más vulnerados, con los siguientes resultados (Porxas, 2015):

En primer lugar, las cuestiones referentes a la seguridad y libertad personal y sus garantías (art. 5), especialmente en relación a su provisión primera, sobre la privación de libertad de las personas enajenadas, y a la provisión cuarta referente al derecho de revisión de la detención; seguido por denuncias sobre el estado de capacidad, el acceso a la Corte y la presunción de inocencia (art. 6); con menos, pero destacable jurisprudencia sobre la privacidad y la vida familiar (art. 8); y en menor medida también algunos casos sobre prohibición de tortura y tratos degradantes e inhumanos (art. 3), en relación a las condiciones de detención y encarcelamiento de las personas con una enfermedad mental.

La medicación forzosa es otro aspecto controvertido que se ha tratado en el Tribunal, el cual se ha referido a ello varias veces



en relación con el artículo 8, pero sobre el que no hay un cuerpo claro de jurisprudencia. El Tribunal es reticente a condenar o situarse en desacuerdo con acciones ejercidas por profesionales de la salud.

Con una visión general, observamos que la mayoría de las situaciones denunciadas al TEDH en el campo de la salud mental hacen referencia a cuestiones que son tópicos de discusión actuales de la bioética en este ámbito y que están claramente relacionados con la autonomía: reducción o nulidad de la autonomía del paciente en la toma de decisiones (tratamiento involuntario, incapacitación) privación de libertad en razón de su estado de salud, esterilizaciones forzadas, etc.

En sus sentencias más antiguas el TEDH se posicionó a favor de enfoques del modelo médico de tratamiento con interpretaciones restrictivas en los denominados «casos psiquiátricos». En *Herczegfalvy v Austria* (1992) el Tribunal declaró que esposar a los pacientes era «terapéuticamente necesario», mientras que en una sentencia anterior (1987) afirmó que el uso del aislamiento en enfermos mentales con objetivos disciplinarios no era una vulneración de derechos. Más recientemente, en *Johnson v UK* (1997), el Tribunal admitió que la continuación del confinamiento de un paciente rehabilitado debido a la falta de recursos para cuidarlo externamente no constituía una vulneración de derechos, pero no arguyó ninguna obligación del Estado de crear los recursos necesarios para poder externalizar el paciente y continuar su tratamiento en una situación menos gravosa para sus libertades.

Se observa, en sus sentencias más recientes, tendencias hacia posiciones más progresistas. En referencia a la incapacitación, por ejemplo, el Tribunal aboga por la posibilidad de restituir la capacidad como un derecho inalienable.

En lo que se refiere a la hospitalización psiquiátrica involuntaria, el Tribunal admitió, en *Pleso v Hungary* (2012), que forzar a alguien a la hospitalización psiquiátrica para prevenir el deterioro de su salud no estaba justificado. Este momento puede consi-



derarse paradigmático en relación al confinamiento del enfermo mental, pues hasta entonces el Tribunal había negado esta posibilidad.

En lo que se refiere a la medicación involuntaria, el posicionamiento del TEDH es ambiguo. En la sentencia Naoumenko v Ukraine (2004), en que el solicitante denunció que había sido forzado a tomar medicación, el Tribunal dijo que «no importa cuán desagradable sea un tratamiento terapéutico, pero éste no puede, en principio, ser visto como tortura o trato degradante, si se demostró que era necesario». De esta manera, el TEDH se estaría posicionando a favor del tratamiento involuntario o al menos no en contra.

3. El artículo 5 del Convenio Europeo de Derechos Humanos

Siendo el artículo 5 del CEDH el artículo más veces denunciado ante el TEDH en relación a las personas con una enfermedad mental, debemos revisarlo brevemente. El artículo 5 es el garante del derecho a la libertad y a la seguridad en el CEDH. En él se establecen garantías para esos casos en que las personas son privadas de libertad, así como se listan los supuestos de excepción a la regla general: la mayoría de casos hacen referencia a la comisión de un tipo ilícito; pero llama la atención la provisión 1.e) que categoriza ciertos colectivos a los que se puede negar la libertad sin necesidad que hayan cometido ningún delito: «una persona susceptible de propagar una enfermedad contagiosa, un enajenado (*unsound mind* en el texto original en inglés), un alcohólico, un toxicómano o un vagabundo.»

Sin entrar a discutir profundamente el término usado en la provisión: *persons ofunsoundmind* (mente insana), el cual es discutible *per se*, no siendo el más apropiado, debemos resaltar que está asociado a una connotación peyorativa y se basa en la dicotomía



normalidad/anormalidad, sano/insano, la cual ya ha sido ampliamente criticada en diferentes ámbitos. El propio Tribunal admite que el término *unsound mind* (traducido como *enajenados*) utilizado para identificar a ciertas personas con trastornos mentales, es interpretable y variable a lo largo del tiempo y dice que depende de la evolución del entendimiento de las enfermedades mentales por parte de la sociedad. Aunque admite el poder de la variabilidad de la tolerancia de la sociedad hacia las enfermedades mentales para su aceptación social, evita, a su vez, dar una definición del mismo, hecho que contribuye a la confusión y vaguedad del concepto que ha llevado hoy en día a una falta de acuerdo universal sobre la definición e interpretación de este término. La falta de consenso para definir el concepto también en el ámbito médico, acarrea inevitablemente un vacío en el ámbito jurídico respecto al alcance del mismo. La mayoría de leyes que definen enfermedad mental hacen referencia a definiciones clínicas, con la inexactitud y la incertidumbre que esto conlleva, sin contar con la variabilidad de definiciones que podemos encontrar en diferentes leyes. Debemos preguntarnos si esta incapacidad de definir el término y delimitar así quién puede y debe entenderse dentro del alcance de la *enfermedad mental* ¿está disminuyendo su protección en la ley? O, contrariamente, ¿la flexibilidad del concepto puede ser positiva para proteger a un grupo más amplio de personas? ¿Si ampliamos demasiado el alcance del término esto puede provocar la restricción del ejercicio de ciertos derechos en quien no debería verlos limitados? Este es un punto que debería ser estudiado. Sostiene Wilson (1995) «definitions of mental illness are notoriously difficult to draft. If they are framed too narrowly they deny services to people. If they are too broad they may result in unnecessary intervention».

Retomando el artículo 5 CEDH observamos que el Convenio admite que la negación de libertad de varios colectivos de personas: toxicómanos, enajenados, alcohólicos, vagabundos y personas con enfermedades infecciosas, no es contraria a los derechos



humanos. Todos ellos son colectivos con necesidades diversas pero con una historia común de segregación. «Foucault (2006) denominó *prácticas divisorias* a las formas de manipulación que combinan el discurso científico con prácticas de segregación y exclusión social para categorizar, clasificar, distribuir y manipular sujetos quienes, inicialmente, forman parte de la misma gente.» Estas prácticas de segregación y exclusión están tan arraigadas en la sociedad, en sus relaciones con los enfermos mentales, que han afectado y siguen afectando las leyes, políticas públicas y relaciones asistenciales con personas con una enfermedad mental. Tampoco los derechos humanos se han librado de estas influencias, como vemos reflejado en esta provisión del CEDH, así como en el término usado en la misma.

Debemos tener en cuenta que este Convenio se aprueba en los años cincuenta y refleja así la mentalidad de la época, el modelo paternalista dominante entonces y la poca o nula autonomía reconocida al enfermo mental en la toma de decisiones que afectan a su vida. Así, autoriza y legitima, en el denominado artículo 5, su privación de libertad a la vez que lo asimila a personas con enfermedades contagiosas, vagabundos y toxicómanos. Perpetuando, pues, la segregación y estigmatización de las personas con una enfermedad mental.

4. Evolución del reconocimiento de la autonomía a los enfermos mentales en los instrumentos internacionales de derechos humanos

Después de la adopción del CEDH el alcance de la autonomía otorgada a los enfermos mentales en los instrumentos internacionales de derechos humanos se ha ido ampliando paralelamente al reconocimiento de sus derechos y garantías, claramente vinculado con el lento pero progresivo reconocimiento de su capacidad para decidir. Aquí nombraremos sólo algunos de los documentos



más relevantes para el tema que nos ocupa con el objetivo de repasar dicha evolución.

En 1977 el Consejo de Europa (CoE) se pronunció en su Recomendación 818 (1977) sobre la Situación de los Enfermos Mentales, en la cual se insta a los gobiernos a modificar la legislación civil para que el internamiento no conlleve incapacidad legal. Hecho que hasta ese momento tenía lugar «de facto» en cuanto se producía un ingreso involuntario por trastorno mental en un centro psiquiátrico. En España, por ejemplo, a pesar de que el internamiento en hospitales y manicomios era posible sin existir declaración judicial de incapacitación, el Decreto de tres de julio de 1931 que regulaba la materia en ese momento sometía el ingreso del interno a un mero control administrativo. Por lo tanto, en la mayoría de los casos, el internamiento se convertía en una incapacitación de hecho a la que se llegaba sin intervención judicial alguna. Por lo tanto, era una incapacidad sin ningún tipo de garantía judicial. Con la Recomendación 818(CoE) no se pretende abolir la salvaguarda judicial, sino al contrario, mantener esta protección judicial pero sin imponer al internado la extinción de su capacidad de obrar por el mero hecho de ser internado involuntariamente para el tratamiento de un trastorno mental.

Dos décadas después, se promulga en 1997 el Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, también conocido como Convenio de Oviedo, (Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina), un tratado del CoE que relaciona la bioética con la protección de los derechos humanos. Este reconoce en su artículo 5 que toda intervención en el ámbito de la sanidad deberá efectuarse después que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento. Pero admite como excepción en su artículo 7 sobre la protección de las personas que sufran trastornos mentales, que estas podrán ser sometidas, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar



dicho trastorno, pero solo en esos casos en que la ausencia de tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para la salud del afectado. Este Convenio es trascendental en el campo de las relaciones sanitarias porque reconoce como un derecho básico el no ser sometido a una intervención clínica sin consentimiento. Las personas con trastornos mentales continúan entre las excepciones a esta regla general, y por lo tanto, se las puede obligar a someterse a un tratamiento, pero se limita esta intromisión a esos casos en que su salud lo requiera. Esta provisión es significativa porque no se menciona el criterio de *peligrosidad* asociado a los trastornos mentales como razón suficiente para llevar a cabo un tratamiento involuntario. Criterio que se ha demostrado insuficiente y discriminatorio (Large, Ryan *et al* 2008).

En 2005 el Comité de Ministros del CoE aprueba la Recomendación (2004)¹⁰ relativa a la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas con un trastorno mental. La misma establece en su artículo 12 que los planes de tratamiento, cuando sea posible, deben ser preparados conjuntamente con el paciente y que su opinión debería ser tenida en cuenta. Reconoce también que ningún tratamiento debe ser proporcionado sin el consentimiento del afectado o de la autoridad o representante legal en el caso que no disponga de la capacidad para otorgarlo él mismo. En cambio, en su tercer párrafo, el mismo artículo reconoce que se puede tratar un trastorno mental sin consentimiento cuando en una situación de emergencia este es necesario para evitar daños severos a la salud del afectado o proteger la seguridad de otros. Reaparece pues el criterio de la *peligrosidad* bajo la forma del *daño hacia los demás*. De todas formas, con esta Recomendación se avanza de nuevo hacia un mayor grado de autonomía del enfermo mental en las decisiones sanitarias.

El mismo documento también se refiere a la cuestión del ingreso involuntario, especificando como condición necesaria para el mismo (junto con otras condiciones) que se haya escuchado la opinión del afectado.



Sin duda, el cambio más radical llega con la Convención para los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) de Naciones Unidas (ONU) aprobado en 2006. Este ha innovado en su enfoque hacia la diversidad, adoptando un modelo social de derechos humanos de trato a las discapacidades. Entiendo, y así lo ha confirmado la prolifera doctrina que se ha referido a la implementación del Convenio en las relaciones de atención psiquiátrica, que las personas con una enfermedad mental severa entran dentro del ámbito de aplicación del Convenio.

El factor más novedoso y clave del Convenio es la lucha mediante el empoderamiento contra la causa estructural del déficit de ciudadanía que sufren los afectados, que es la discriminación y el estigma impuesto por el rechazo de la sociedad, y no la disfunción en sí misma. Las personas con una discapacidad pasan de ser objetos de cura a sujetos de derecho. Esta idea es la base del modelo social de discapacidad que promulga el Convenio. No es necesario reconocer más derechos de los que ya existen, sino aplicarlos a las particularidades de las personas con una discapacidad. Particularidades que requieren que sean estas personas las que reclamen su propio espacio en la sociedad para conseguir un respeto pleno de su igualdad. Es la capacidad jurídica de la que gozamos como personas la que nos hace titulares de derechos y obligaciones, y es pues el mantenimiento de esta capacidad jurídica en todas las situaciones y en igualdad de condiciones a los demás, la necesaria para conseguir también ser tratado en igualdad.

Es el artículo 12 del CDPD el que reconoce la capacidad jurídica de los afectados en igualdad de condiciones a los demás. Artículo que ha sido interpretado por el Comité para los Derechos de las Personas con Discapacidad (CoDPD), órgano encargado de controlar la implementación del Convenio, que ha desarrollado y definido el contenido del artículo 12 en su Observación General nº1 (OG). La OG es radical en su interpretación, y refiriéndose a una generalizada mala interpretación por parte de los Estados del artículo 12, aboga por la abolición de ciertas instituciones como



la incapacitación, que afirma son contrarias al espíritu del CDPD y que considera perpetuadoras de un sistema de desigualdad en el reconocimiento de la plena capacidad jurídica de los afectados.

Cabe destacar también el artículo 14 del CDPD, que en total contraposición con el artículo 5 del CEDH antes comentado, establece que la discapacidad no puede ser nunca una razón para restringir la libertad.

5. Conclusión

La legislación internacional de derechos humanos ha evolucionado progresivamente hacia un mayor reconocimiento de la autonomía de las personas con una enfermedad mental. Con el CDPD los derechos humanos viven un momento paradigmático de culminación de la progresiva transición del reconocimiento de la autonomía al enfermo mental. Una transición que, tarde o temprano, transformará también los modelos asistenciales. Los retos ético-jurídicos se materializan en la práctica asistencial en retos diarios. Así, los legisladores y también los profesionales de la medicina deberán entender la filosofía bajo el CDPD para poder implementar el modelo que en él se menciona.

En general, existe un acuerdo sobre la necesidad de ir más allá del modelo médico en salud mental y de la necesidad que exista cierta autonomía, ¿pero es el otro extremo el adecuado? ¿Puede provocar el abandono de una parte del colectivo? ¿Es otra consecuencia más del estado liberal e individualista de la sociedad occidental? ¿Y se podría, de hecho, implementar en la asistencia diaria en la red de salud mental?

Personalmente, hago un llamamiento no sólo a cambiar el artículo 5 del CEDH y homogeneizarlo con otras regulaciones de derechos humanos más actuales, sino también a llevar a cabo investigaciones prácticas que nos digan cómo y dónde intervenir, cómo implementar la filosofía del CDPD en la práctica asisten-



cial, por qué no es suficiente decidir que vamos a devolver al enfermo mental sus derechos, a empoderarlo. De poco sirve el reconocimiento de los derechos si los mismos no pueden cumplirse de forma satisfactoria, y de poco sirve el reconocimiento de una plena capacidad jurídica cuando la misma no puede ser ejercida.

Dawson (2010), crítico del espíritu en el que se ha asentado la bioética, afirma que «la autonomía se ha convertido más en una ideología que en un principio ético».

Bibliografía

CASADO, María; Vilà, Antoni (coords.), «Documento sobre Bioética y Discapacidad», Barcelona: Universitat de Barcelona Publicacions i Edicions, 2014.

DAWSON, Angus, «The future of bioethics: three dogmas and a cup of hemlock», en *Bioethics*, vol. 24, núm. 5, 2010.

FOUCAULT, Michel, «History of Madness», Abingdon: Routledge, 2006.

LARGE, M.; RYAN, C.; NIELSEN, O.; HAYES, R., «The danger of dangerousness: why we must remove the dangerousness criterion from our mental health acts», en *Journal of Medical Ethics*, núm. 34, 2008

MÉNDEZ, Víctor, capítulo en «Estudios de bioética y derecho», María Casado (Comp.), Madrid: Tirant lo Blanch, 2000

PORXAS, Maria Àngels «El tratamiento legal del enfermo mental en los instrumentos internacionales de derechos humanos», Barcelona: Generalitat de Catalunya. 2015

PUYOL, Ángel «Hay bioética más allá de la autonomía» en *Revista de Bioética y Derecho*. 2012, núm. 25.

SANTANDER, Fernando «La asistencia psiquiátrica en el contexto de la Bioética» en *Norte de Salud Mental*, núm. 28, 2007.



WILSON, B. «Legal Straitjackets: Whene Reason Fails: Law and Mental Illness» Sydney: Federation Press, 1995.

ZAGREBELSKY, Gustavo «El derecho dúctil», Madrid: Trotta. 1997

Jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos

Herczegfalvy v Austria, Application no. 10533/83, Judgement 24 Setember 1992.

Johnson v the United Kingdom, Application n° 119/1996/738/937, Judgement 24 October 1997.

Plesó v Hungary, Application n° 41242/08, Judgement 02 January 2013

Gennadi Naoumenko v Ukraine, Application n° 42023/98, Judgement 10 February 2004



TDAH: Tratamiento Multimodal

M^a Lorena Fernández Huerta, Inés García Longoria,
Beatriz Fuertes Quintero.

Resumen: El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad es uno de los trastornos más comunes en la infancia y, debido a los estudios que existen sobre su prevalencia, representa un problema de salud pública. Son característicos los síntomas que se padecen en la enfermedad, pero su presencia no es suficiente para identificarla. Hay que asegurarse de que no es otro problema psiquiátrico, médico o efecto de alguna sustancia. Es un problema serio y no existe cura pero hay tratamientos para aliviar los síntomas.

Palabras clave: hiperactividad, Atención, TDAH.



El TDAH es uno de los trastornos más estudiados en psicopatología infantil. Su inicio es muy común en la infancia, puede afectar en los niños de distintas maneras y perdurar hasta la edad adulta.

Estudios han demostrado que su origen es neurobiológico. Es uno de los trastornos psiquiátricos con mayor prevalencia y que determina más remisiones a médicos de familia, pediatras, neuropediatras y psiquiatras de niños y adolescentes.

No se sabe exactamente cuál es su causa, sin embargo, investigadores que estudian el cerebro están llegando a comprender lo que puede originarlo. Creen que algunos de los afectados no tienen la suficiente cantidad de determinadas sustancias químicas llamadas neurotransmisores, que ayudan al cerebro a controlar la conducta. No es un trastorno de una sola causa, se cree que está provocado por diferentes causas de muchos tipos y que cada una contribuye a que, en parte, el trastorno se manifieste. En ocasiones se manifiesta con el conjunto de varias circunstancias débiles, en otras, basta una causa muy fuerte.

Podemos distinguir entre factores de origen biológico y factores psicosociales-ambientales como posibles agentes agravantes. No se creen factores determinantes aunque sí desempeñan un papel muy importante en el trastorno.

El TDAH representa un problema de salud pública. Hay una bibliografía amplia sobre su prevalencia: en la población española las cifras se estiman entre el 1.2 y el 8%.

Existen dos sistemas de clasificación de las enfermedades mentales, uno el Internacional de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) y el Americano (DSM-V), siendo este último el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales el más utilizado en los últimos cinco años.

La mayoría de autores fijan la prevalencia global entre el 3 y el 7% de niños en edad escolar de la población general y entre el 10 y 15% de la población clínica. Estudios recientes han encontrado



que el 9% de los niños remitidos a los médicos de Atención Primaria presentan el TDAH.

Existe un gran margen de variabilidad en función de la edad, sexo, nivel sociocultural, etc. En lo referente a la distribución por sexos, hasta el momento, los estudios señalan una mayor incidencia del TDAH en varones, con una relación de entre 4/1 (por cada niña) en población general y 9/1 en población clínica. Cabe destacar que hay pocos estudios sobre niñas.

Las conductas que se toman en consideración para valorar un TDAH son dimensionales distribuyéndose en un conjunto que va desde la normalidad hasta la patología.

Los síntomas incluyen:

Dificultad para concentrarse y prestar atención y dificultad para controlar la conducta e hiperactividad.

La hiperactividad es uno de los síntomas más fáciles de reconocer por su evidencia. El déficit de atención es probablemente uno de los síntomas más difíciles de percibir en edades infantiles, sin embargo, es posible que sea uno de los principales motivos de consulta. Suelen aparecer generalmente cuando se inicia la etapa escolar, debido a que se requiere una actividad cognitiva más compleja.

La impulsividad es el síntoma menos frecuente de los tres: se refiere fundamentalmente a la dificultad para pensar en las cosas antes de actuar.

Estos síntomas se manifiestan en mayor o menor grado en función del subtipo. Hay tres subtipos:

En el subtipo inatento predomina el nivel de atención. Es el más frecuente entre las niñas y tiene un gran impacto a nivel académico. Los niños que padecen este subtipo son más difíciles de identificar, pasan más desapercibidos, no son tan conflictivos,



van a su aire y hacen poco caso a los demás, son desorganizados para sus actividades y se olvidan de las tareas.

Los niños que padecen el subtipo impulsivo son más hiperactivos y agresivos. No guardan el ritmo en el juego, pierden las cosas, no se organizan, no se mantienen sentados, contestan antes de que se le pregunte. Los síntomas deben darse en casa y en el colegio porque, si no, podría ser un problema de adaptación.

El subtipo combinado es el más frecuente de todos y tiene un impacto en el rendimiento global. Se les ve precozmente una conducta disruptiva y alteraciones de la regulación emocional en referencia a su edad, lo que repercute en una limitada interacción social, e incluso una difícil relación con sus padres.

Se tienen que dar ciertas condiciones:

Los síntomas comienzan antes de los 7 años y deben mantenerse en el tiempo un mínimo de 6 meses.

Hay que asegurarse de que no se trata de otro problema psiquiátrico como la ansiedad o la depresión, y que no se trata de un problema médico o efecto de alguna sustancia o medicamento.

Por lo tanto, la presencia de los síntomas no es suficiente. Los niños deben presentar, al menos, seis o más síntomas del trastorno, y para los adolescentes y adultos el DSM-V registra que deben tener al menos cinco síntomas. Es necesario que los síntomas tengan un impacto en la vida del niño y que afecten al menos en dos ambientes.

Los niños con el TDAH tienen mucha dificultad para permanecer sentados en clase, para estar quietos, enredan con pies y manos, hacen ruido, les resulta complicado prestar atención, se distraen mucho, con frecuencia parece que no escuchan lo que les dicen y, para los padres y profesores, es muy difícil que acaben sus deberes o tareas, ya que retrasan o dejan para después



cualquier cosa que les cueste esfuerzo mental.

Uno de los principales errores que se comete al pensar en un niño con trastorno reside en creer que el niño tiene que ser hiperactivo. Como se ha visto, no todos los niños con TDAH lo son.

Una vez diagnosticada la enfermedad, hay tratamientos para aliviar los síntomas, ya que no hay cura. El tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad debe plantearse desde un enfoque multidisciplinar y multimodal. Debido al impacto que tiene el trastorno sobre las diferentes áreas de la vida del afectado, es necesario atender e intervenir sobre los aspectos cognitivos, conductuales, educativos, familiares y sociales.

Hay tres tipos básicos de tratamiento:

Varios medicamentos pueden ayudar. Los más comunes son estimulantes. Ayudan a concentrarse, a aprender y estar tranquilos. En ocasiones tienen efectos secundarios como problemas de sueño, dolores de estómago. Habrá que ver cuál funciona mejor.

Hay dos tipos de medicamentos para tratar los síntomas del TDAH:

Estimulantes: Sales de anfetaminas, dextroanfetamina, lisdexanfetamina, metilfenidato. Pueden ser de acción breve o prolongada. Por lo general, suelen ser bien toleradas por el paciente, y suministradas mediante parches en la piel. El metilfenidato es el más usado en niños y el principal estimulante prescrito debido a la rapidez con la que aparecen los efectos y el control de los efectos secundarios.

No estimulantes: Atomoxetina, clorhidrato de clonidina, guanfacina ER. La atomoxetina destaca dentro de estos. Tiene la misma eficacia que el metilfenidato pero tarda más tiempo en verse los efectos.

Numerosos estudios han constatado que los medicamentos estimulantes resultan efectivos a corto plazo para reducir los síntomas esenciales del TDAH y los problemas asociados en la eta-



pa escolar, de manera que, en la práctica clínica, estos fármacos constituyen el tratamiento de primera elección. No obstante, aunque en los últimos tiempos se ha aumentado el empleo en niños menores de seis años, su administración es menos frecuente y más controvertida.

Hay distintas clases de terapia. La terapia conductual puede ayudar a enseñar a los niños a controlar su comportamiento con el objetivo de que puedan desempeñarse mejor en la escuela y en su casa. En líneas generales, se ha encontrado que el entrenamiento a padres suele ser efectivo para mejorar los problemas que estos niños manifiestan en el contexto del hogar, pero la información es limitada en relación con la generalización de estos resultados positivos a otros contextos naturales como la escuela.

Combinación de terapia y medicamentos: se han hecho investigaciones experimentales en las que se han empleado tratamientos con medicamentos. Combinados con tratamientos educativos y a largo plazo se han obtenido mejores resultados cuando se emplean técnicas conductuales.

Los psiquiatras apuntan que es muy fácil confundir el diagnóstico de TDAH porque estos niños presentan un 80% de comorbilidad con otras enfermedades psiquiátricas y neurológicas como el autismo, trastornos específicos del lenguaje, trastornos del desarrollo de la coordinación, depresión, retraso madurativo mental, trastorno de conducta desafiante, Síndrome de Tourette, trastorno del sueño e irritabilidad.

Es un problema serio y su tratamiento con los recursos del colegio y la colaboración de los padres, debe estar dirigido por especialistas médicos con experiencia en niños con trastornos psiquiátricos y del comportamiento.

La aceptación activa del TDAH es esencial para garantizar la eficacia del tratamiento y alcanzar una evolución positiva. El entorno que rodea al afectado debe comprender, aceptar y formar



parte activa de la intervención multimodal del tratamiento, asumiendo su rol de coordinación con el resto de las personas que están implicadas.

Hoy en día, no se ha investigado lo suficiente para saber si la utilización de estimulantes, solos o junto con la terapia conductual, ayuda a los niños a mejorar el TDAH.

Se está mejorando en el diseño de tratamientos multimodales específicos para cada niño y cada familia combinando medicación, psicoeducación a los padres, manejo conductual, prevención de explosiones conductuales y apoyo escolar específico para las necesidades de cada niño en cada momento.

La Federación Española de Asociaciones de Ayuda al Déficit de Atención e Hiperactividad (FEAADAH) se dedica a promover la investigación del TDAH y a colaborar en áreas educativas de atención social y científicas, con las entidades consagradas al estudio y atención de ese trastorno.

En definitiva por todo ello es una necesidad urgente para los investigadores en este campo combinar esfuerzos y llegar a consensos en el desarrollo de procedimientos de evaluación uniformes y estandarizados con el fin de emplear metodologías comunes.



Bibliografía

RUIZ PÉREZ, L.M., Sicachá Espinosa, M.A., *Perfil clínico de niños y niñas entre 6 y 12 años diagnosticados con trastornos del aprendizaje tipo dislexia y su comorbilidad con trastornos de conducta-TDAH*. 2015

Opciones de tratamiento para niños y adolescentes con déficit de atención. [consulta: 7 de septiembre de 2015]. Disponible en: <http://effectivehealthcare.ahrq.gov>.

RODRÍGUEZ, C., et al. *Nuevas técnicas de evaluación en el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. European journal of education and psychology. 2015, vol. 4, núm. 11.

RUIZ, M.C.B., Gómez, M.J.A., Méndez, J.J.M., & Esperrón, C.C. *Estudio de prevalencia de posible trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños preescolares*. Revista de psicopatología y salud mental del niño y adolescente. 2015. Vol. 26, núm. 41-48.

LORO-LÓPEZ, M., et al. *Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención /hiperactividad*. 2009. Vol.49, núm. 5.



3. LA PERSPECTIVA ORGANIZATIVA



Desafíos en el trabajo asistencial desde una perspectiva cognitivo-racional

Sergio Riquelme

Resumen: El trabajo asistencial conlleva una serie de dificultades para el trabajador que pueden derivar en estados de ansiedad y, en consecuencia, a comportamientos poco funcionales como la falta de compromiso, el cansancio o el escepticismo. En este artículo se repasan elementos que pueden distorsionar la ejecución del trabajo asistencial, así como soluciones para conseguir una mayor eficacia en la ejecución de dicho trabajo.

Palabras clave: trabajo asistencial.



1. Introducción

Les escribo desde la trinchera del trabajo asistencial de la primera línea de combate, donde la complejidad de este trabajo se revela en toda su crudeza y donde surge la siguiente pregunta:

¿Por qué sufrimos tanto?

Es complejo contestar tal pregunta, pero es evidente que existen varios factores que inciden en el personal de atención directa.

Estos desafíos se dan generalmente de forma más acusada en los campos sanitarios y de servicios sociales, donde la interacción con los compañeros y con el usuario es más intensa. Y no sólo intensa; en ocasiones también extensa. De tal manera que puede ocasionar estados de ansiedad, que a su vez pueden dar lugar a comportamientos poco funcionales, como pueden ser: falta de compromiso, cansancio, escepticismo, etc. Estos comportamientos afectan de manera negativa tanto al mismo trabajador, como a la organización y, por supuesto, al mismo cliente.

¿Como podemos evitar, modificar o adaptar estas conductas que producen tanto dolor? Creo que se debe actuar en tres áreas: individual, equipo y organización-empresa.

2. Individual

Nuestra mente, en ocasiones, juega en nuestra contra, nos boicotea y nos pone zancadillas. Nuestra mente es perezosa o altamente eficiente, según como se mire, pero lo que es seguro es que siempre busca el mínimo riesgo y gastar la mínima energía. Busca la seguridad y mantenernos vivos. Todo ello, aunque sea a costa de nuestro desarrollo, de nuestra creatividad, de nuestra flexibilidad e incluso de nuestra estabilidad emocional.

Tal como demuestra la psicología cognitiva (Albert Ellis, Aaron Beck), en nuestra mente implementamos unas creencias o esquemas mentales, de forma automática, que nos ayudan en nuestro día a día. El problema reside en que dichas creencias pueden



ser racionales, o bien irracionales. Ambas las defenderemos con la misma fuerza, jamás las discutimos incluso si nos perjudican de forma evidente.

Las razones por las cuales estas creencias se introducen en nuestra mente y las defendemos a capa y espada son: biológico-evolutivas, educativas y sociales. Pero lo importante es que siempre podemos cambiar o modificar las creencias irracionales por otras más adaptativas. Para ello, lo primero que debemos hacer es un trabajo de autoconocimiento, que nos lleve a ser capaces de identificar dichas creencias irracionales, cuestionarlas y sustituirlas por otras más adaptativas.

Voy a darles unos ejemplos de creencias irracionales en el ámbito asistencial:

- Las cosas se hacen solo y necesariamente de una forma, y si no es así sobreviene el desastre.
- Tengo que controlarlo todo, si no lo hago yo, nadie lo hace bien.
- Este usuario no mejora, no hacemos nada con él, es terrible.

Sería bueno sustituir estas creencias irracionales, por otras más racionales. Como, por ejemplo:

- Tengo derecho a equivocarme, me esforzaré en hacerlo lo mejor posible.
 - Yo soy importante, pero no imprescindible.
 - La mejora en las enfermedades mentales puede ser lenta.
- Tanto las organizaciones como las personas, tienen sus limitaciones.

El objetivo final es el siguiente: conseguir una forma de pensamiento donde prealezcan las preferencias y no tanto las *necesidades* y los *deberías*. Sustituir los pensamientos tremendistas por pensamientos más serenos. En definitiva, conseguir una mente



más flexible y adaptativa que consiga afrontar de una forma más racional y pro-activa los desafíos que encontramos en nuestro trabajo.

3. Equipo

Alguna vez he oído la siguiente frase: «temo más que me pongan a «menganito» de compañero, que la unidad a la que me destinen». ¿A qué es debido este temor?

Todos conocemos la complejidad de trabajar en equipo, sabemos que cuando existe un buen ambiente afloran sinergias que aumentan la calidad asistencial ofrecida. Pero también es conocido que, cuando las relaciones son malas, pueden ser un factor de sufrimiento que afecta a los miembros del equipo y que, como consecuencia, provocan un descenso en la calidad de trabajo ofrecido.

Bajo mi punto de vista, hay un aspecto previo importante para el buen funcionamiento de los equipos: deben quedar muy claros los valores, actitudes y metas comunes, que la organización espera que el equipo ofrezca al usuario a partir del conocimiento y aceptación por parte del equipo de dichos valores, actitudes y metas. Una vez cumplido este punto, se podrá comenzar a trabajar de una manera cohesionada, en base a tres competencias claves:

Saber: Esta competencia engloba las características individuales de los integrantes del equipo.

Querer: Motivación, actitud, compatibilidad entre los objetivos individuales y los de equipo.

Poder: Se refiere a la oportunidad: medios, tiempos... es decir, que el profesional tenga el equipo para poner en funcionamiento todos sus recursos y lograr de esta manera sus objetivos.



4. Organización - empresa

Las organizaciones buscan trabajadores comprometidos con sus empresas, con su trabajo, con sus clientes y con sus jefes. Sin embargo, como explica el biólogo y divulgador Stanislao Bachrach esto básicamente no funciona.

Las personas se comprometen consigo mismas. Nuestro cerebro es egoísta, primero y ante todo busca sentirse bien él. Es decir, los trabajadores deben sentir que trabajar es bueno para ellos, no solo necesario e importante. Deben sentir que son personas que crecen, que se desarrollan, que son escuchadas y que logran influir en la organización.

Lógicamente, una persona comprometida consigo misma, fluye hacia los demás, hacia la organización y hacia los clientes.

En definitiva, sería bueno que las organizaciones no olvidaran el egoísmo natural de nuestro cerebro. Para conseguir una mayor eficacia, pueden apoyarse en cinco conceptos claves que les ayudarán:

- Minimizar la falta de control, no sobrecargar el trabajo.
- Disminuir la burocracia.
- Coordinarse con el Equipo Técnico.
- Ofrecer formación continuada.
- Acortar distancias con Gerencia.

En este trabajo, he descrito los desafíos a los que nos enfrentamos los trabajadores en el ámbito de atención directa y asistencial. Se ha intentado dar una visión desde la perspectiva del trabajador, con la ayuda de la psicología cognitiva.

Como todo, siempre es opinable y revisable, pero creo puede ser un punto de vista a tener en cuenta para ayudarnos en el día a día de nuestro trabajo.



Referencias bibliográficas

ELLIS, Albert, *Terapia racional emotiva conductual para superar la ansiedad y la depresión.*

BACHRACH, Stanislao *En cambio.*



La atención centrada en las capacidades y la autonomía: una oportunidad y un deber social

Raúl Alcázar Gatell y Pepita Cabiscol Pujol

Resumen: La siguiente comunicación pretende poner de manifiesto el reto que supone, para todos los agentes implicados en la atención residencial (administración, profesionales, residentes, familiares y tutores legales), el cambio de un modelo basado en la asistencia, la protección, la rehabilitación, el paternalismo y el control, a un modelo que propugna la libertad, la autonomía y la autodeterminación en la toma de decisiones de personas con discapacidad intelectual, trastornos mentales y trastornos de conducta.

Palabras clave: trabajo asistencial, paternalismo, control, modelos de autonomía y autodeterminación.



Nuestra reflexión parte de un análisis del día a día de la residencia Tres Pins, que Sant Pere Claver - Fundació Serveis Socials gestiona desde el año 2012.

En este centro viven 27 personas con discapacidad intelectual y trastornos de conducta, derivados principalmente de problemas de salud mental, y se atiende a 12 personas más en régimen de Centro de Día. De ellas, el 98% tienen alteraciones en la capacidad de obrar, de modo que son necesarios apoyos en todas las áreas de sus vidas. Se encuadran en lo que, en su momento, se entendía por «incapacitación total», según sentencia legal.

Actualmente no son tiempos fáciles para la libertad. Como consecuencia, entre otros factores, de los actos terroristas que se están dando en los últimos tiempos, los gobiernos han propuesto reducir importantes niveles de libertad para aumentar nuestra seguridad. Por otro lado, parece que la mayoría de la sociedad acepta la propuesta o la asume como mal menor.

A pesar de ello, las Administraciones y los profesionales tenemos el deber legal y ético de acompañar a las personas que viven en residencias con modelos que, además de cuidar, fomenten su autonomía y promuevan su autodeterminación, tal y como se desprende de la Convención Internacional de Nueva York sobre los derechos de las personas con discapacidad que el Gobierno de España ratificó en el año 2007.

Esta Convención sitúa los derechos de las personas con discapacidad en el nivel superior de las aspiraciones que podría plantear la ciudadanía en relación a los derechos humanos.

En la Convención, el respeto y el apoyo en la toma de decisiones se fundamentan en el reconocimiento de la dignidad inherente de la propia persona con discapacidad y de la dignidad intrínseca de cada persona, en el derecho a la vida independiente y en la desaparición de cualquier discriminación por razón de la discapacidad.

Este planteamiento afecta también a las personas que actualmente tienen una sentencia legal de incapacidad.



La legislación que regula los sistemas de tutela basados en la guarda y protección deberían adaptarse al mandato de la Convención y pasar a ser sistemas individualizados de apoyo en el ejercicio de la capacidad jurídica de la persona con discapacidad, tal como regula el artículo 12 de la Convención.

Desde hace algunos años, los profesionales que trabajamos en el sector de la atención a las personas con discapacidad, disponemos de interesantes metodologías de atención que nos permiten poner en valor el derecho a la libertad y a la autodeterminación de las personas, con independencia de la complejidad de su situación.

Contamos también con instrumentos para valorar la competencia de una persona para tomar una decisión determinada y con sistemas de enseñanza y aprendizaje de dichas competencias y habilidades.

La libertad no significa escoger lo que nos ocurre en la vida, pero sí optar por aquello que nos acerque a lo que queremos que suceda en la vida. Pues bien, la mayoría de nuestros residentes no han sido libres a la hora de decidir si querían ingresar o no en la residencia. A muchos ni siquiera se les ha consultado.

A la mayoría les ha llevado al centro la falta de soporte familiar o la claudicación de la propia familia. A otros, la falta de recursos residenciales con menor intensidad de apoyo, como, por ejemplo, un piso tutelado en el que pudieran ejercitar la capacidad para vivir de forma independiente.

¿Qué entendemos, pues, por libertad en nuestro contexto concreto una vez que la persona ya ha ingresado en un centro residencial?

Pensamos que la libertad se manifiesta principalmente en la capacidad de elección y, al mismo tiempo, en ser consciente de qué se ha escogido; en que la persona nos pueda decir sí o no a una propuesta determinada porque no le interesa, porque no le apetece o por cualquier otra razón; pero sobre todo sabiendo que puede



decidir por ella misma.

La libertad también se manifiesta cuando la persona puede participar en la toma de decisiones que afectan a su vida cotidiana, pudiendo así expresar sus preferencias, su voluntad, sus intereses y su proyecto de vida. Algunos proyectos pasan por dejar el recurso que se les ha ofrecido.

En la Residencia Tres Pins tenemos como guía y como referencia principal tres enfoques o paradigmas que vamos a destacar a continuación:

1. El modelo de la provisión de apoyos individualizados de Miguel Ángel Verdugo.

Este modelo parte de la teoría según la cual toda persona es única y requiere de su propio sistema de apoyos para prosperar en la vida.

Verdugo profundiza en el concepto de «Apoyos», término que se introduce como elemento clave en la nueva definición de Discapacidad Intelectual que propone la AAIDD (Asociación Americana de Discapacidades Intelectuales y del Desarrollo). Destaca el papel que tienen dichos apoyos en la mejora de las capacidades de las persona con DI y trastorno mental, cuando se les ofrecen apropiadamente, tanto de manera individualizada como de manera prolongada.

Como complemento al modelo de apoyos, señalamos la escala de «calidad de vida» de Verdugo y Schalock, que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación a ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de cada uno/a:

- Bienestar Emocional
- Relaciones Interpersonales
- Desarrollo Personal



- Bienestar Físico
- Autodeterminación
- Inclusión Social
- Derechos

2. El Modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP).

La idea principal de la AICP consiste en que la persona a la que van dirigidos los apoyos debe ser la protagonista del proceso. La AICP habla de «persona central», pues debe ser ella misma quien debe tomar las riendas de su vida, mantener un papel activo y ser escuchada, siempre con el soporte de su red social de apoyo.

El modelo de AICP contempla dos dimensiones: la integralidad y la personalización. Por integralidad se entiende la atención centrada en todos aquellos elementos que nos constituyen como personas (aspectos personales [biomédicos y psicológicos], del entorno [sociales y medioambientales]) y la interacción entre estos.

Por personalización se entiende que no sólo tenemos derechos, sino que, además, debemos ser los protagonistas de nuestros propios planes de vida (desde la planificación, hasta el desarrollo y la ejecución). Este concepto está relacionado directamente con los conceptos de dignidad y autonomía.

Los principios en los que se basa son:

- La AICP busca centrarse en los puntos fuertes de cada persona: se preocupa por sus motivaciones y por el desarrollo de sus competencias. Evita trabajar en base a carencias y necesidades.
- Su ámbito de intervención son tanto las personas usuarias como su entorno. Para ello, requiere de la colaboración y com-



promiso a largo plazo de todas las partes participantes.

- Los resultados se miden en base a una creciente participación comunitaria de la persona y a una percepción positiva de sus relaciones personales.

Aunque este modelo está basado en los modelos de Apoyos y de Competencias, merece la pena especificar que el modelo se centra en las personas y no en otros intereses.

3. También, desde el año 2013, hemos incorporado la perspectiva ética en la intervención con los residentes y sus familias, y en la organización del servicio.

Además de la formación en valores de los profesionales, desde el año 2013 contamos con un ERE (espacio de reflexión ética), que permite reunir periódicamente (cuatro o cinco veces al año) a aquellos profesionales más sensibles a los aspectos éticos de la asistencia. El equipo es interdisciplinar y está acompañado por un filósofo.

El debate parte, en general, de la preocupación de los profesionales por la forma de impartir la atención asistencial manteniéndose en un punto intermedio dentro del arco que configuran los dos extremos: el abandono en nombre de la libertad y el asistencialismo paternalista.

Se trata de conjugar el cuidado y la protección a la persona con la asunción de los riesgos que a veces supone la toma de decisiones y el hacerlas efectivas.

En los espacios de reflexión ética se intenta ver qué respuestas filosóficas, legales y técnicas nos ayudan de forma más efectiva a encontrar soluciones a los problemas de la vida cotidiana de las personas con discapacidad, que al mismo tiempo nos ayudan a mantener una mirada crítica respecto a nuestras propias prácticas profesionales.



Además, conviene destacar que, desde el año 2015, SPC-FSS ha iniciado un proyecto denominado *My LIFE*, cuyo objetivo es la capacitación de personas adultas con discapacidad intelectual y/o problemas de salud mental para vivir de manera independiente. Se trata de conseguir que, mediante una metodología debidamente probada, las personas con discapacidad y/o problemas de salud mental con un potencial suficiente para desarrollar competencias para vivir de forma independiente, puedan emanciparse de sus familias o puedan salir de las instituciones de atención total y se integren en la comunidad. Para ello, se enseñan y entrenan las habilidades necesarias para adquirir plena autonomía, ayudándolos a gestionar aquellos aspectos concretos que están relacionados con la vida diaria, así como aquellos que llevan implícitos algún componente emocional o psicológico (por ejemplo, los cambios, el estrés, el tiempo, etc.), y a gestionar otros factores que contribuyen a mejorar el nivel de autonomía y de relación con el entorno en general, permitiéndoles, a su vez, ganar en confianza en sí mismos. Dicho programa es compatible con otros recursos que la Administración Pública ofrece actualmente (incluido el residencial).

Hasta aquí, los apoyos con los que contamos para el fomento de la autonomía de nuestros residentes y la mejora de su calidad de vida.

Vamos a repasar brevemente los obstáculos con que nos encontramos.

Las dificultades surgen, según nuestra experiencia, desde tres ámbitos principalmente:

1. Las personas que atendemos tienen limitaciones cognitivas importantes que les dificultan la toma de decisiones. Por otro lado, los trastornos de conducta limitan la convivencia en dispositivos menos intensivos y en un entorno comunitario.
2. Las residencias se presentan como recursos finalistas y son incompatibles con cualquier otro recurso comunitario público



(por ejemplo, trabajo adaptado u ocupacional). Además, esta atribución finalista conlleva un altísimo riesgo de institucionalización, por dos motivos:

a. Porque la persona ya está colocada y, por tanto, asistida.

b. Porque no existen suficientes recursos de vivienda menos intensivos en la comunidad.

3. El actual sistema de inspección y control de los servicios residenciales está basado en el modelo burocrático-administrativo y en el sistema del check-list; es decir, se fija en evidencias concretas (número de W.C. en el centro, orden en las habitaciones, anuncios en el tablón de información, etc.) y no en resultados relacionados con la participación comunitaria, la satisfacción, la expresión de preferencias, la inclusión social, etc...

Vamos a ilustrar nuestra opinión con algunos ejemplos:

1. Involuntariedad encubierta en los ingresos residenciales.

El ingreso en un recurso público, aunque contempla la voluntariedad de la persona a la hora de acceder a él, acaba escondiendo que, en realidad, son los tutores legales quienes deciden por la persona, y no le dejan ninguna alternativa a dicha persona.

Es fácil entender que, durante el período inicial, algunas personas sólo se planteen la huida del centro y que su percepción de éste y de sus profesionales sea más parecido a una interferencia o impedimento para lograr sus objetivos que a una unidad de profesionales de ayuda y soporte. Es muy difícil que, en estas condiciones, se creen vínculos de confianza que faciliten procesos de empoderamiento y que la residencia no se vea como un apoyo. Al contrario, se ve como una imposición y en muchos casos el único objetivo de la persona es huir de ella.

Además, los problemas de conducta aumentan, el estado de ánimo se resiente, la prescripción de medicación también se incrementa, etc.



En estas condiciones, es muy difícil que la persona esté pre-dispuesta a colaborar, a participar y a que sienta su nueva «casa» como un instrumento facilitador de la autonomía y del bienestar.

2. Planificación en nombre del usuario. La Administración pública, a través de sus inspecciones (regidas por normativas y disposiciones legales) acaba obligando indirectamente a los centros a tener que tomar decisiones a nivel organizativo que obstaculizan que sus usuarios puedan participar de cuestiones importantes de su propia vida diaria. Con mayor concreción:

1.1. Elaboración obligatoria de un Programa de Atención Individual antes de los seis meses desde la fecha de su ingreso, que ha de contemplar la participación en diferentes actividades y la ocupación de todas las horas del día.

Actualmente se exige que la persona esté informada de su plan de atención, pero no necesariamente que haya participado en la elaboración del mismo (y mucho menos que haga el suyo propio). No hacer protagonista a la persona de su propia vida conlleva que ésta se convierta en agente pasivo e insatisfecho.

Este planteamiento administrativo conlleva que el equipo se vea forzado a planificar en nombre del usuario lo que éste desea hacer, qué capacidades debe mantener y qué habilidades debe mejorar, independientemente de su opinión y de sus motivaciones.

Lo que acaba aconteciendo en muchas ocasiones es una falta de colaboración por parte del usuario, que no entiende o no siente la necesidad de trabajar los objetivos que se le plantean.

Así pues:

¿Cómo se puede hacer efectivo el tema de las libertades y las preferencias en unos programas de trabajo individual encorsetados por una normativa administrativa?



¿Cómo se respeta el tema de la intimidad cuando cualquier inspección tiene derecho a pedir o revisar los programas de atención de personas determinadas, sin que esta revisión incluya el requerimiento de un permiso a la persona a la que atañe?

1.2. Diseño de las dietas alimentarias. En las residencias deben ser elaboradas por el personal de enfermería, dietistas, etc. Los menús deben ser prediseñados en períodos de 4 semanas y deben especificar las calorías, los hidratos de carbono, las composiciones, etc. ¿Alguien puede pensar que esto fomenta la autonomía y posibilidad de manifestar preferencias a la hora de comer? ¿Alguno de nosotros sabe qué comerá el día 27 de diciembre del 2015? Los usuarios que viven en residencias sí lo saben.

Cuando los residentes en una asamblea en el centro nos dicen que les gustaría comer huevos fritos, ¿qué argumentos les tenemos que dar para que entiendan que esto está estrictamente prohibido por la legislación actual y que, si un inspector encuentra un cartón de huevos en la cocina, puede aplicar una sanción importante a los responsables de la cocina/entidad?

1.3. En el trabajo en hábitos de la vida diaria, focalización de los resultados frente a los procesos. Las inspecciones sociales, en su protocolo o listado de tareas, incorporan la visita a varias habitaciones al azar. Realizan dichas visitas sin pedir previo consentimiento a quienes habitan en dichas habitaciones. ¿Cómo se hace posible el tema de la autonomía cuando el decreto dice que las habitaciones deben estar absolutamente ordenadas y las camas bien hechas, como si de un hotel se tratara? Si estos requisitos no se cumplen, queda señalado en las actas de inspección. ¿Qué habitación de un adolescente o de un joven se parece a la de un hotel cuando entras por primera vez en ella?



Estos ejemplos, que pueden parecer triviales o frívolos, forman parte del día a día de las personas que en estos momentos viven en residencias basadas en modelos burocráticos/administrativos, rehabilitadores, asistenciales y defensivos.

Finalmente, merece la pena señalar que a pesar de las dificultades y las contradicciones, los profesionales de la atención directa tenemos la obligación ética de no dejar de plantear la atención como algo integral y centrado en la persona. Este deber ético nos obliga a ser garantes y defensores de los derechos de las personas a las que atendemos y acompañamos, y en ese contexto debemos plantear aspectos tales como: el facilitarles un mayor acceso comunitario, garantizar una sana expresión relacional y afectiva, facilitar su desarrollo individual y sus posibilidades de decisión en aquellas cuestiones concernientes a la vida diaria, y promover un entorno de intimidad y confidencialidad. Todo ello con el fin de que el usuario pueda plantear cómo o hacia dónde le gustaría orientar su vida y que, una vez lo haga, cuente con las condiciones básicas para su desarrollo.

Se entiende, pues, la necesidad de atender desde la diversidad funcional y, de este modo, desde la individualidad. Al mismo tiempo, se hace necesario no hacer de los centros lugares donde el trato y las condiciones sean homogeneizadoras.

Sería grato si un día un inspector o una inspectora acudiera a un centro y le preguntara a uno de sus residentes «qué ha hecho usted durante el día de hoy» y pudiera contestarle «pues nada, porque yo lo he decidido. A pesar de que los profesionales que me cuidan y acompañan me han ofrecido su apoyo para realizar un montón de actividades diferentes».

Tenemos que dar voz a las personas que viven en una residencia a pesar de sus limitaciones, porque lo que está en juego es su vida. Y su vida es la única que tienen y que tendrán.



Bibliografía

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar. La Atención Integral y Centrada en la Persona. Colección Papeles de la Fundación, Pilares para la autonomía personal, N°1, 2013.

RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Pilar. Colección La Atención Integral y Centrada en la Persona. Ed. Tecnos, 2014

CANIMAS BRUGUÉ, Joan (coord.) Els Reptes Ètics de la Intervenció Social. Col·lecció Material d'Ètica Aplicada a la Intervenció Social. Ed. Fundació Campus Arnau d'Escala. Girona, 2010.

TORRALBA I ROSELLÓ, Francesc. Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas. Ed. Fundación Mapfre Medicina, 2006.

GUZMAN CASTILLO, Francisco; Toboso Martín, Mario; Romañach Cabrero, Javier. Fundamentos éticos para la promoción de la autonomía: hacia una ética de la interdependencia. Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social. N. 17 (2010). ISSN 1133-0473, pp. 45-61

SCHALOCK, Robert L.; Verdugo, Miguel Ángel. Calidad de vida: manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales. Alianza Editorial, 2010.



El papel de la organización de la asistencia en el proceso de deshumanización de la praxis médica

Patricia Álvaro Serón, José M. López Santín, Ferran Molins Gálvez

Lo que aquí reviste, a los ojos de los hombres, la forma fantasmagórica de una relación entre objetos materiales, no es más que una relación social concreta establecida entre los mismos hombres.

Karl Marx

Resumen

El ejercicio de la medicina adolece de un proceso de deshumanización a pesar de que en las últimas décadas se tiende a una relación asistencial más horizontal apelando al principio de autonomía. Los factores organizativos inciden en gran medida en el proceso de deshumanización. Se explicitan aquí los criterios economicistas que marcan las condiciones reales del ejercicio clínico en la actualidad y que, de no ser considerados y revertidos, perpetuarán la cosificación de la relación terapéutica con las consecuencias éticas que de ello se derivan.

Palabras clave: deshumanización, modelo asistencial, relación médico-paciente, ética organizacional, gerencialismo.



1. Introducción

En las últimas décadas se han publicado diversos artículos alertando sobre la progresiva deshumanización de la práctica médica. Dicho proceso alcanza su máxima expresión en los cambios formales de la relación médico-paciente, considerada pilar fundamental de una buena praxis.

El encuentro médico-paciente se concibe hoy día como una relación de corte impersonal, excluyente de la individualidad y subjetividad de todos sus protagonistas. Esto deriva, en parte, de la cada vez mayor superficialidad y fugacidad de las entrevistas en las que, además, intervienen habitualmente un elevado número de actores.

Se ha señalado al mismo modelo biomédico tradicional como la causa principal de dicha deshumanización. Este modelo sitúa al médico como autoridad científico-técnica y lo aleja de las ciencias humanas. Se concibe un profesional autárquico en su campo, hasta el punto de saber desde la perspectiva de lo clínicamente indicado lo que es mejor para el paciente. Se establece así, amparándose en el paradigma paternalista, una relación médico-paciente de corte vertical y asimétrica, apelando a motivos de beneficencia.

A la larga, el paternalismo puede provocar que el médico incurra en faltar los principios bioéticos fundamentales, como son el principio de autonomía y de justicia. Durante el siglo XX confluyeron diferentes acontecimientos para generar descontento con dicho modelo, como fueron los juicios de Núremberg, la mundialización de los ideales democráticos, los movimientos en pro de los derechos civiles y la inclusión del derecho y la economía en las decisiones médicas, entre otros. Es entonces cuando deja de considerarse al paciente como mero objeto de cuidados y pasa a ser sujeto de derechos. Gana peso, así, el principio de autonomía, que da al paciente el derecho a ser reconocido como persona libre en sus decisiones. De este modo se reorienta la relación médico-paciente hacia un acto mucho más abierto y más franco,



en el que se respeta y toma como centro de referencia la dignidad del paciente como persona. Si se tienen en consideración las preferencias y valores del paciente y se toman las decisiones de forma conjunta, se asegura un trato más digno y, por lo tanto, más humano.

2. Praxis psiquiátrica

Uno de los rasgos fundamentales del proceso de deshumanización, es la «cosificación», entendiendo esta desde la compartimentalización del sujeto en órganos y funciones y la biologización de cada aspecto del sujeto. Esta visión mecanicista del hombre es intrínseca a la medicina moderna y es la que ha posibilitado la semiología médica.

En psiquiatría no tratamos disfunciones del cerebro sino a personas, a pesar de que éste posee características diferenciales al resto de órganos (órgano relacional y plástico). Ser persona incluye un sistema de valores, una identidad, un estilo experiencial y de relaciones interpersonales, así como el posicionarse en relación a uno mismo y su mundo. Todos ellos son factores dinámicos, que se modifican con el tiempo. Nuestro trabajo como psiquiatras tiene un sentido porque tenemos capacidad para incidir en la modificación de dichos factores.

La reducción de la persona a un conjunto de mecanismos cuya alteración debe repararse no sólo tiene implicaciones epistemológicas y clínicas, sino también éticas ya que induce una mayor probabilidad de la violación de los códigos deontológicos de las profesiones sanitarias y de los derechos del usuario del sistema de salud (privacidad, confidencialidad, autonomía...)

3. Ética de las organizaciones

Es obvio que la manera de concebir al hombre, la vida y la enfermedad, por el profesional, desembocará en una praxis determina-



da, pero la construcción y promoción del *ethos* profesional no es una cuestión sólo individual. Actualmente la práctica de la profesión suele darse en una organización concreta con unas estructuras, una forma de organizar y de evaluar el trabajo, dependientes del marco ético de la institución. A su vez, estas organizaciones se encuentran encuadradas en un marco político y económico, el modelo neoliberal fundamentalmente.

La ética de las organizaciones es la disciplina encargada de reflexionar y guiar actuaciones que implican las áreas económicas, financieras, de gestión, de relaciones profesionales, educativas y contractuales dentro de una organización. La ética de la organización sanitaria depende de que la propia organización tenga conciencia de poseer personalidad moral, no sólo jurídica; de que las personas que la integran sean capaces de identificar los valores que comparten, y de que los valores compartidos se hagan explícitos, definan a la organización e incidan en su actividad cotidiana.

Por lo tanto, un comité de ética organizacional en salud mental deberá interesarse por los factores que se tratarán a continuación ya que, a nuestro modo de ver, influyen de forma directa en el proceso de deshumanización de nuestra praxis y pueden contribuir a la transgresión de los derechos del usuario.

4. Factores dependientes de la organización

4.1. Inestabilidad del personal y fragmentación de los servicios de salud

De forma progresiva la continuidad de un mismo profesional en la relación terapéutica ha ido perdiendo valor. Se considera necesario que el paciente sea atendido pero sin importar por quién, con lo que se desdibuja la figura del referente clínico.

Si en cualquier especialidad es primordial el vínculo terapéutico, en psiquiatría adquiere mayor importancia porque tratamos con



comunicaciones del paciente y para que éste verbalice una cosa u otra es necesario que se establezca una relación de confianza siendo esto sólo posible a través del tiempo y el trato continuado. La cada vez más extendida protocolización de procesos con la intención de homogeneizar abordajes, facilita la sustituibilidad del referente clínico ya que vuelve a situarlo como autoridad científico-técnica. A su vez, el que se sabe reemplazable se siente fácilmente instrumentalizado y, quien se siente instrumentalizado, será difícil que a su vez no trate como objetos a cuantos de él dependen.

Otro peligroso factor de deshumanización de la asistencia sanitaria es la cada vez mayor fragmentación de los servicios, lo cual atenta contra la visión del individuo en su indivisible totalidad. Asimismo la fugacidad de las relaciones diluye el compromiso del profesional con el cuidado del paciente y la responsabilidad con los resultados de las acciones diagnósticas y terapéuticas.

4.2. Tecnociencia médica

El avance de la ciencia moderna como poder transformador del entorno en el mundo natural ha llevado a mitificar y sobrevalorar los avances tecnológicos, equiparándolos al progreso y a éste como algo siempre positivo. Por este motivo, en medicina se ha ido depositando la confianza en los medicamentos e instrumentos accesorios de diagnóstico o tratamiento en lugar de en la persona que los indica o ejecuta. Así, también en el campo de la salud mental, se han generado unas expectativas desmesuradas e irreales y se ha promovido la focalización de la investigación en aspectos biológicos encuadrada en el marco filosófico realista, que han conducido a la cosificación de lo mental.

De este modo, se intenta generalizar, por ejemplo, el uso de programas de diagnóstico y terapias online, se promueven periódicamente noticias como la implantación de electrodos para tratar alucinaciones o depresión, o se invierte en la expansión de los test genéticos para decidir la medicación que pautar.



Sin embargo, no se presta atención a que la modificación del canal de comunicación con el usuario conlleva de por sí deshumanización y atenta de nuevo contra la importancia esencial de la relación médico-paciente. Asimismo, se corre el riesgo de depositar toda nuestra capacidad de curación únicamente en los procedimientos técnicos, olvidando que también la palabra y el encuentro son medios eficaces de sanación y de cuidado.

4.3. Supraespecialización e incremento del número de agentes

El vertiginoso ritmo del avance científico técnico también ha comportado una división de la asistencia médica por sectores. Así, han proliferado las figuras de «macroexpertos» en «microtemas». Este modelo de atención supone la pérdida de visión global del individuo ya que promueve la interpretación de las comunicaciones del paciente en un marco más estrecho y parcial (Ejemplos: unidades TDAH, TLP, Bipolares). Para cada especialista, el enfermo “no es más que” la patología que él trata, pero ninguno acaba haciéndose cargo del enfermo único.

Además, en la actualidad el médico ya no es el único que brinda atención a la salud, también participan otros profesionales cuya relación con el individuo, puede ser tan intersubjetiva y humana como la del médico. A su vez, esto ha conducido a la atomización de la relación pudiendo provocar una sensación de desmembramiento y fragmentación que en ocasiones ha perturbado la intimidad, la privacidad y la confidencialidad. Por este motivo, es importante recordar que el equipo nunca es la suma de individuos; el equipo se forja porque se comparten misión, visión, valores y pacientes.

Si no hay una buena coordinación y una visión compartida y comprometida de los miembros del equipo asistencial, se alimenta la fragmentación, parcialización y dispersión del paciente y



aumentan, entre otros, los problemas de confidencialidad. Es por esto también por lo que no puede menospreciarse la importancia de la continuidad del personal ni de los tiempos de reunión, algo desvalorizado con los recortes sanitarios por considerarse no productivo, sin un rendimiento medible.

4.4. Evaluación de la calidad de los sistemas de salud

Con el establecimiento de la economía de mercado de corte neoliberal en las últimas décadas, la salud se convierte en un bien de consumo, dándose con el tiempo un proceso de clientelización, con todo lo que ello implica. De esta manera aflora el gerencialismo como forma de gestión sanitaria. Éste se caracteriza por la evaluación y una movilización práctica continua sin espacio para la reflexión y movida por la competencia entre individuos evaluados.

Las políticas de salud marcan objetivos que serán evaluados mediante indicadores, fundamentalmente economicistas, que pretenden evaluar competencia, productividad y eficiencia (ej: tiempo de espera primera visita, estancia media, número de ingresos, ratios consultas, derivación, prescripciones) y que tienen relación con la satisfacción del cliente (ej: puntualidad, tiempo que le dedica su terapeuta, disposición para escucharlo, frecuencia de las consultas, cree que la medicación es la que a usted le va bien)

Sin embargo, no se contemplan indicadores cualitativos de efectividad, más cercanos al trabajo clínico, relacionados con los procesos asistenciales y de calidad de vida (grado en que el tratamiento ha influido para el desempeño de sus roles sociales habituales y/o su normal desenvolvimiento en el trabajo, vida familiar, marital, etc.)

De la consecución de dichos objetivos dependen diferentes factores económicos, como la perpetuación de las condiciones



del contrato de servicios con una entidad concreta y los complementos de retribución variable del personal. Estos complementos promueven hábitos clínicos y dan a entender que son éstos y no otros los que la institución espera de un “buen profesional”. Así, los intereses, necesidades y derechos del paciente pueden quedar supeditados al logro de una determinada cifra o indicador. Entre otros ejemplos, esto explicaría por qué son frecuentes las altas precipitadas o por qué se proporciona una mayor atención a usuarios querulantes y reivindicativos aunque no padezcan enfermedad mental alguna.

5. Conclusiones

A pesar de la existencia de modelos asistenciales diversos que expresan una manera concreta de concebir al hombre, la vida y la enfermedad, la deshumanización de la práctica médica proviene en buena medida de factores organizativos, ya que, como hemos señalado a lo largo de nuestra exposición, son las condiciones reales del ejercicio clínico las que marcan y determinan su praxis.

La deriva economicista de las últimas décadas en la atención sanitaria tiene graves implicaciones también en la atención a la salud mental por las especificidades del objeto con que tratamos. Así hemos visto cómo influyen en la progresiva deshumanización de la asistencia la inestabilidad laboral del personal, la fragmentación de los servicios de salud, la progresiva supraespecialización, el aumento del número de agentes que intervienen en el proceso asistencial, la introducción y rápida expansión de las nuevas tecnologías, la evaluación de los resultados y la calidad de los servicios de salud con criterios economicistas o de efectividad, o la instrumentalización de los profesionales derivada de las políticas empresariales. Podemos entonces concluir que sólo la intervención sobre estos factores podrá revertir el proceso.



6. Referencias bibliográficas:

ACEBILLO, J «La biomedicina como factor de creación de valor y crecimiento económico» en *Fundació Salut Innovació i Societat*, 2004.

BERRIOS, German «Sobre la medicina basada en la evidencia» Disponible en: <http://www.psicoevidencias.es/Novidades/Editorial/editorial-sobre-la-medicina-basada-en-la-evidencia.html>, febrero 2010

ENGEL, G «The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. », en *Science*. 1977;196:129-36

LÓPEZ-SANTIN, Jose Manuel et al «Cambios formales en la entrevista psiquiátrica. ¿Qué hay de fondo?», en *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 2015; 35 (126), 277-287.

RAMOS, Sergio. «La toma de decisiones compartidas en pacientes con esquizofrenia: cuestiones médicas y éticas», en *Dilemata. Revista Internacional de Éticas Aplicadas*. 2012, núm. 10.

RIBERIRO-ALVES A. «La autonomía del paciente desde una perspectiva bioética» en *Journal Oral Research* 2012; 1(2): 90-97.

ROMÁN B. «Ética y Atención al Paciente». En: Claves para la gestión de la atención al usuario en los servicios de salud. Sociedad Española de Atención al Usuario de la Sanidad, 2010. Capítulo 4.

RUIZ, Fernando. «Una mirada a la ética. Ética en psiquiatría» en *Psiquiatría.com* 2007; 11(2)

SANTOS, A.M. y PEÑA, M., *Humanización de la atención sanitaria; retos y perspectivas*, disponible en: <http://www.cbioetica.org/revista/42/421218.pdf>

SIMÓN LORDA, P «La ética de las organizaciones sanitarias: el segundo estadio de desarrollo de la bioética », en *Revista de Calidad Asistencial* 2002; 17 (4):247-59



una grave laguna en nuestra legislación sobre autonomía del paciente? En términos estrictamente éticos, creo que sí. Sin embargo, la ley debe tener en cuenta más factores. Quizás hablar de consentimiento *con conocimiento* en los textos legales sería arriesgarse a abrir la puerta a abusos médicos de corte efectivamente paternalista. Pues así como es –generalmente- fácil determinar si un paciente ha sido informado de forma comprensible sobre la situación, es más complejo decidir si un paciente *conoce* esa situación.

Por ello no propongo una modificación legislativa, pero sí la sugiero como una posibilidad a estudiar, pues, al menos desde un punto de vista filosófico, la legislación sobre autonomía del paciente tiene mucho que mejorar.



Un paternalismo justo: conocimiento vs información

¿Existe una grave laguna en nuestra legislación sobre autonomía del paciente?

He titulado esta presentación *Un paternalismo justo*. Sin embargo, no creo que vaya a defender casos de efectivo paternalismo, pues mi intención es la de proponer una política que realmente se preocupe por la libertad del paciente o, mejor dicho, que realmente no la vulnere.

Supongamos que yo, todo un bromista, tomo barbitúricos para tratarme los nervios. Con ese fin trituro las pastillas, las disuelvo en agua y lo meto todo en una petaca, de forma que cuando me hace falta le pueda dar un sorbo de forma discreta.

Un día, organizando una fiesta en mi casa, dejo la petaca a la vista. Entonces, un amigo mío, pensándose que en la petaca hay algún licor, la coge para beber. Pero, por suerte, lo veo y le alerto. «Cuidado, que ahí hay medicamentos muy peligrosos.» Pero claro, como yo soy un bromista, mi amigo no me cree. Pero yo instinto: «No, de verdad, allí dentro hay barbitúricos, pueden hacerte mucho.» Pero, de nuevo, ni caso.

Incluso empieza a acercarse la petaca a los labios. Entonces, yo reacciono y le cojo del brazo para evitarlo. Le miro a los ojos con total seriedad y le explico lo peligroso de la situación.

Pero, aun así, tratándose de una fiesta y siendo yo un bromista empedernido, mi amigo sigue sin creer nada de lo que le digo. Así que cuando vuelve a intentar beber de la petaca le doy un fuerte golpe en la mano para quitarle la petaca.



Que levante la mano quién hubiese hecho algo así. ¿Tantos? ¿De verdad? Vaya, qué paternalistas, ¿no?

¿Qué muestra esta historia? Algo de sentido común, y es que en ciertos casos, en casos como los que he descrito o caricaturizado, hay que pasar de lo que alguien nos dice. O dicho de otro modo, del modo más paternalista, hay que forzar a alguien a hacer algo por su bien.

Sin embargo, aunque se trata de forzar a alguien por su bien, no creo que podamos tachar esos inocentes actos de salvamiento como paternalistas. Pero, bueno, no discutamos el nombre de las cosas, analicemos qué ha sucedido en la historia.

En la historia alguien tomaba o pretendía tomar una decisión:

- claramente lesiva –según sus propios valores-,
- basada en una creencia falsa.

Nótese que hablo de creencias claramente falsas. Es decir, creencia de tipo descriptivo o afirmativo, esto es, sobre hechos. Pues una decisión basada en valores siempre debe ser respetada (siempre y cuando también concurren las circunstancias de madurez y lucidez).

Pero además, se trataba de personas:

- Adultas
- En pleno uso de sus facultades
- Informadas sobre los hechos relevantes para el caso de una forma que les fuese comprensible.

Mi amigo tomaba la lesiva decisión de tomar barbitúricos en base a la creencia de que en esa peta había licor.

Pues bien, a día de hoy, si en un hospital se hubiese dado una situación como las descritas entre un paciente y un profesional sanitario la legislación actual obligaba al profesional sanitario a respetar esa *autónoma* decisión. ¿Verdad?



En este punto, parte de la audiencia considerará que la legislación actual de respeto de la autonomía del paciente sí hubiese permitido actuar en salvamento del paciente. Es decir, parte de la audiencia considerará que los pacientes no reunían los requisitos de autonomía que la ley exige y que, por tanto, se podían vulnerar sus decisiones.

Pero no es cierto, la persona de la historia era perfectamente competente para tomar decisiones según nuestra legislación. Eran *adultos en pleno uso de sus facultades e informados de los hechos relevantes para el caso en una forma que les fuese comprensible*.

Sin embargo, es obvio que esas personas no eran competentes para tomar las decisiones que tomaban o pretendían tomar. Por la sencilla y llana razón de que actuaban totalmente engañados, en base a creencias claramente falsas.

Es cierto que su decisión era una decisión informada en el sentido de que se les había comunicado el estado de la situación. Sin embargo, no habían creído en esa información. Esa información había entrado por un oído y salido por el otro, como se suele decir. Su decisión era claramente ciega.

Entonces, yo pregunto, ¿una decisión claramente ciega es una decisión realmente libre? ¿Es una decisión en sentido pleno? Creo que es obvio que no. Esa decisión no es más que un espejismo de libertad. Así pues, ¿tiene sentido que debamos respetar un espejismo de libertad claramente auto lesivo –siempre según los propios valores del lesionado–? Pienso que, en muchos casos, no.

Preguntémosnos por qué es tan importante que los pacientes reciban la información adecuada sobre su situación. Pues porque consideramos que las decisiones sólo son tales si se conoce la situación. Es decir, suministrar información a los pacientes es fundamental para respetar su autonomía porque es fundamental que conozcan los hechos.

Ahora bien, ¿qué sucede si no creen en la información que se les suministra? ¿Si no conocen la realidad sobre la que están decidiendo? Debemos limpiarnos las manos y decir:



Bueno, pues yo ya he hecho mi parte, que se muera.

Parece claro que no.

Las decisiones o el consentimiento de un paciente que no conoce los hechos es tan irrelevante como el consentimiento de un paciente al que no se le ha informado de la situación. El consentimiento, para que realmente sea libre o autónomo, debe ser un con conocimiento y no meramente con información.

De este modo, considero que vulnerando una decisión sin conocimiento –aun que sea una decisión informada- no vulneramos realmente la libertad del paciente, o en general de cualquier persona. O, dicho de otro modo, creo que las decisiones que merecen nuestro respeto son decisiones con conocimiento, y no decisiones meramente informadas.

Y, en definitiva, no creo que vulnerado decisiones ciegas incurramos en alguna forma sustantiva de paternalismo, pues:

- ni entramos a valorar qué es lo que es bueno para un tercero,
- ni violentamos realmente la libertad de nadie a fin de que consiga ese bien.

Es más, considero que en caso contrario, en caso de respetar esas decisiones, estaremos proporcionado una protección totalmente maniquea de la autonomía ajena en detrimento total de su bienestar más básico.

Está claro, al menos para mí, que debemos atender antes al principio de autonomía que al principio de beneficencia. Pero una decisión ciega no puede reputarse autónoma y por tanto pasar por encima de la beneficencia.

Así pues, propongo que no es éticamente reprochable vulnerar decisiones claramente falsas y lesivas, siempre que ello no suponga un grave atropello, es decir, siempre que para ello no deba emplearse una violencia excesiva, (algo imposible de precisar a priori, pues en cada caso variará).

Llegados aquí cabe volver a la pregunta del subtítulo: ¿Existe



una grave laguna en nuestra legislación sobre autonomía del paciente? En términos estrictamente éticos, creo que sí. Sin embargo, la ley debe tener en cuenta más factores. Quizás hablar de consentimiento con conocimiento en los textos legales sería arriesgarse a abrir la puerta a abusos médicos de corte efectivamente paternalista. Pues así como es –generalmente- fácil determinar si un paciente ha sido informado de forma comprensible sobre la situación, es más complejo decidir si un paciente conoce esa situación. Por ello no propongo una modificación legislativa, pero sí la sugiero como una posibilidad a estudiar, pues, al menos desde un punto de vista filosófico, la legislación sobre autonomía del paciente tiene mucho que mejorar.



AUTORES

La perspectiva filosófica

José Manuel López Santín: Licenciado en Medicina - Psiquiatra. Instituto de Neuropsiquiatría y Adicciones (INAD) - Parc de Salut Mar, CSMA Martí i Julià, PSM, Centres Assistencials Dr. Emili Mira i López.

Nacho Bañeras Capell: Licenciado en Derecho y Filosofía, doctor en filosofía. terapeuta filosófico, gestalt y cura sui. Actual presidente de la Associació de Filosofia Pràctica de Catalunya (AFPC). Formador de terapeutas en Cura sui y en Filosofía Aplicada.

Sergio Ramos: Doctor en Filosofía y Máster en Bioética por la Universidad de Barcelona. Actualmente es profesor asociado en la Universidad de Barcelona e imparte docencia en el Máster Comunicació Especialitzada. Su línea de investigación es la bioética y la salud mental. Entre sus últimas publicaciones: *La historia clínica en salud mental* (2015) y *Las voluntades anticipadas en salud mental. Una cuestión de ética, derecho y medicina* (2015).

Sergi Solé Plans: Licenciado en Medicina por la Universitat de Barcelona. Especialista en Psiquiatría vía MIR en el Hospital Dr. R. Lafora de Madrid. Diploma de estudios avanzados por la Universidad Autónoma de Madrid. Miembro de la Comisión de Ética Asistencial de BCN Salut Mental. Editor de Fenopatologica. Notas de psiquiatría hermenéutica.

José M^a López Santín: Licenciado en Medicina y especialista en Psiquiatría. Psiquiatra adjunto en CSMA Martí i Julià del Parc de Salut Mar de Barcelona-INAD. Miembro del Grup d'Estudis 'Filosofia i Psiquiatria' de la Societat Catalana de Filosofia.



La perspectiva asistencial

Laura Rubio Rodríguez: Licenciada en Medicina (Universidad de Zaragoza). Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en el Hospital Universitario Central de Asturias. Máster de Investigación en Medicina de la Universidad de Oviedo y el Curso de Especialista Universitario en Medicina de Urgencias y Emergencias. Actualmente es médico residente de Psiquiatría en el área sanitaria V del Servicio de Salud del Principado de Asturias (Hospital de Cabueñes - Hospital de Jove).

Miguel Maldonado: Licenciado en Medicina y Cirugía y doctor en Medicina por la Universidad de Oviedo. Premio a la mejor tesis doctoral de la Sociedad Española de Otorrinolaringología (2005). Especialista en ORL. Fellowship en Rinología (Hospital Clinic, Barcelona, 2002 - 2004). MSc Evidence Based Healthcare (Universidad de Oxford) y el Certificate in Clinical Research Conduct and Management (Universidad de Berkeley).

Ada Ruiz Ripoll: Ada Ruiz Ripoll. Psiquiatra. Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions. Hospital del Mar. Barcelona
Ana M^a Costa Alcaraz. Médico de familia. C. S. Nazaret. GIBUV (Grup d'Investigació en Bioètica d la Universitat) Valencia

Ana M^aCosta Alcáraz: Licenciada en Medicina. Médico de Familia. Miembro del Grupo de Investigación en Bioética de la Universitat de València (GIBUV). Profesora asociada del Departamento de Medicina. Universitat de València. Médico del Centro de Salud Nazaret. Agencia Valenciana de Salud.



Maria Àngels Porxa: Licenciada en Derecho y Máster en Derechos Humanos. Doctoranda de la Universitat de Barcelona e investigadora pre-doctoral del Observatorio de Bioética y Derecho de la Universitat de Barcelona. Miembro de l'Il·lustre Col·legi d'Advocats de Girona y de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Especializada en derechos humanos y en los derechos de las personas con enfermedades mentales.

M^a Lorena Fernández: Diplomada en Enfermería. Enfermera del Servicio de Salud del Principado de Asturias de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Valle del Nalon.

Inés García: Licenciada en Medicina - Psiquiatría. Psiquiatra especialista en niños y adolescentes. Unidad de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. Clínica Universidad de Navarra. Madrid.

Beatriz Fuertes



La perspectiva organizativa

Sergio Riquelme Roig: Es técnico auxiliar de clínica. Trabaja en la residencia de discapacitados 3 Pins y forma parte en su equipo de reflexión ética.

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

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

Patricia Álvaro Serón: Licenciada en Medicina y Cirugía. Especialista en Psiquiatría. Psiquiatra Adjunta en el Centro de Salud Mental de Adultos de la Eixample Dreta. Miembro de la Comisión de Bioética de BCN Salud Mental. (otros autores: José Manuel Gonzálo Fernández Codina