

ORGANIZACIÓN Y PASTORAL DE LA SALUD

2

Hermanos de San Juan de Dios Barcelona Provincia de San Rafael Año 54. Segunda época. Abril - Mayo - Junio 2002 Número 264. Volumen XXXIV

CONSEJO DE REDACCIÓN

Director

MIGUEL MARTÍN

Redactores

MARIANO GALVE JOAQUÍN PLAZA CALIXTO PLUMED FRANCISCO SOLA

Administración

JOSÉ LUIS GARCÍA IMAS

Secretaria de Dirección MAITE HEREU

CONSEJO ASESOR

FRANCISCO ABEL
FELIPE ALÁEZ
M.º CARMEN ALARCÓN
MIGUEL A. ASENJO
MANUEL CEBEIRO
ESPERANZA CACHÓN
ÁNGEL CALVO
JESÚS CONDE
RUDESINDO DELGADO
JOAQUÍN ERRA
FRANCISCO DE LLANOS
PILAR MALLA
JAVIER OBIS
JOSÉ A. PAGOLA

DIRECCIÓN Y REDACCIÓN

Curia Provincial Hermanos de San Juan de Dios Doctor Antoni Pujadas, 40 Teléfono 93 630 30 90 08830 SANT BOI DE LLOBREGAT (Barcelona)

E-mail: curia@ohsjd.es

Información y suscripciones

E-mail: revistas@ohsjd.es

http://www.ohsjd.es

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad como Soporte Válido. Ref. SVR n.º 401.

ISSN 0211-8268 - Dep. Legal: B. 2998-61 EGS - Rosario, 2 - Barcelona

| Sumario | |
|---|-----|
| EDITORIAL | 75 |
| TRABAJOS PRESENTADOS POR MIEMBROS DEL COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL DE SANT JOAN DE DÉU, SERVEIS DE SALUT MENTAL (SANT BOI DE LLOBREGAT) | 78 |
| PROBLEMÁTICA QUE PRESENTAN LAS DECISIONES ÉTICAS EN PSIQUIATRÍA Francesc Muñoz García | 79 |
| LA COMPETENCIA MENTAL: CONCEPTO Y EVALUACIÓN | 91 |
| LA COMPETENCIA MENTAL Y EL INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO EN PSIQUIATRÍA: ENTRE EL DERECHO Y LA BIOÉTICA | 100 |
| LOS DERECHOS Y LOS DEBERES DE LOS USUARIOS HOSPITALIZADOS Y LAS MEDIDAS RESTRICTIVAS | 117 |
| ENFERMOS MENTALES Y SIDA ¿UNA SITUACIÓN ESPECÍFICA? | 128 |
| LA RELACIÓN CON EL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO | 141 |

Povieta



Boletín de suscripción

| Hevisia | | | | | | | | | | | Alban | | 0116 | /61 | | | | | 20 | | 01 | " | | 011 |
|--|-----------|-----------------------------------|---------|------|---------------------------------------|-------|------------|--------|------|-------------|-------|-----|---------------|------|-----|-------|------------|-------|------|-------|------|------|------|-------|
| T.A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ai | ño 2 | 2002 |
| BOR | | Suscripción anual: cuatro números | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HOS | | | | | | | | España | | | | | | | | | | | | | Ει | ıros | 30 | |
| PITA | | | | | | | Extranjero | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TARÍA | | | | | Países zona euro Euro Resto países \$ | | | | | | | | | | | | iros \$ | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | n | esi | o pa | 1156 | 5 | | | • • • | | • • • | V.*C | | Φ | 45 |
| Apellidos | н | | | | | | | | | | | | | Noi | mŁ | re | | = | | | | | | |
| Calle | | | | | | | | | lún | nero | | | | _ / | Pis | 0 | | | | _ F | oue | erta | | |
| Código Postal | Población | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | A LY | | |
| Teléfono | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (indique con una X la forma de p ☐ Por Giro Postal ☐ Por Caja o Banco (r sin omitir ningún da Banco o Caja de Ahorros: Titular de la cuenta: | ellenar l | a orde | en de | pag | go s | iguie | ente, | | | Por a fa | | | | | | | | | | | | | | |
| | ENTIDAD | | | | | OF | A | DC | | | | | NÚMERO DE CUE | | | | | | | | NTA | | | |
| | | | 4 % 111 | | | | | | | | | | | ī | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ruego a ustedes se sirvan t a mi nombre les sean preser | | | | | | | | | | | | | | ade | euc | lar | en | mi | cu | ent | a lo | s re | cibo | s que |
| | | - 1 | | | | | | , | _, a | | | de | | | | _ | | | _ de | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | Firma | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Enviar esta hoja debidame | nte cun | nplim | entac | da a | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| T A Hermanos d | e San I | uan d | e Dio | c | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



Dr. Antoni Pujadas, 40 Tel. 93 630 30 90 08830 SANT BOI DE LLOBREGAT (BARCELONA) E-mail: curia@ohsjd.es E-mail: revistas@ohsjd.es

http://www.ohsjd.es

ABOR HOSPITALARIA Y EL INSTITUT BORJA

DE BIOÈTICA tienen la satisfacción, una vez más, de colaborar en un número monográfico. En esta ocasión sobre Bioética y Psiquiatría, un tema poco corriente en los artículos de bioética aplicada. Los primeros trabajos que se redactaron en los años setenta se limitaron a tratar los problemas en relación con la discapacidad psíquica y, especialmente el síndrome de Down, en parte por el compromiso institucional de la Fundación Kennedy (Estados Unidos) y su incansable labor en pro de la defensa de los derechos de las personas afectas con este síndrome.

No podemos ignorar el trabajo del recordado P. Javier Gafo que, desde la Cátedra de Bioética de la Universidad de Comillas (Madrid) trabajó con sus colaboradores en una promoción e inserción social y laboral de personas con deficiencias psíquicas, trabajo este de gran raigambre y tradición en la Orden Hospitalaria de los Hermanos de San Juan de Dios.

Desde otra perspectiva de diálogo entre la bioética y la psiquiatría recordaremos que, en el año 1973 el profesor Seymor Perlin —Profesor de Psiquiatría en la Facultad de Medicina George Washington—, disfrutó de un «fellowship» en el Kennedy Institute (Washington, DC), para escribir un tratado de suicidología: «A Handbook for the Study of Suicide» que publicó en el año 1975. El autor trata el problema desde diferentes perspectivas en diálogo con los pioneros de la bioética.

uando en España la preocupación por el consentimiento informado alcanza a todos los ámbitos de la medicina, los problemas ligados a menores y a discapacitados psíquicos merecen una relevancia especial desde la ética y el derecho, perfilándose una área, rica en cuestiones y de difícil manejo, como es el *consentimiento informado en psiquiatría*. Con este título los profesores Jesús y Javier Sánchez Caro han provisto a los psiquiatras españoles de un texto de referencia¹, como lo ha sido en lengua inglesa el de Thomas Grisso y Paul S. Appelbaum «Assessing Competence to consent to treatment»² y en el ámbito comparativo el de Hans-Georg

SÁNCHEZ CARO, JESÚS y JAVIER. Consentimiento informado en psiquiatría. Una guía práctica. Editorial Mapfre. Madrid: 1998.

GRISSO THOMAS y APPELBAUM, PAUL S. Assessing Competence to consent to treatment. A giude for physicians and other health professionals. Oxford Univ. Press. 1998.

y colaboradores «Informed Consent in Psychiatry. European Perspectives of Ethics, Law and Clinical Practice»³ cuya etapa de gestación vivimos y compartimos.

on todo, se echa en falta, todavía, una publicación, que profundice en los innumerables problemas en torno a los pacientes y a las instituciones psiquiátricas. Algunos de estos problemas incumben a la sociedad en general, otros han de ser objeto especial de estudio por parte de los psiquiatras. Éstos han de partir de las necesidades reales de los enfermos mentales, especialmente en las situaciones de crisis, es decir, de la clínica y basándose en el estado actual de conocimiento científico, respeten el marco legal de manera escrupulosa y sobre todo el respeto a la dignidad de las personas.

Tos trabajos que presentamos tratan de encontrar respuestas a diferentes problemas Léticos relacionados con el ejercicio de la psiquiatría. Son el resultado de muchas horas de diálogo en equipo y de equipo, completado con el trabajo personal de los autores, que han conseguido el Mestratge o la Diplomatura en Bioética.

RANCESC MUÑOZ usa el bisturí del análisis teórico práctico de lo que han sido y son los problemas que presentan las decisiones éticas en psiquiatría en el seno de una Institución, consagrada al buen quehacer profesional y a la defensa de los derechos de los pacientes. Nos confiesa que su enfoque es el del investigador que, en medio de mil dificultades al parecer insuperables, opta por la búsqueda permanente y el deseo de un crecimiento cualitativo. Podríamos decir que su análisis histórico y en parte biográfico, es un excelente marco de referencia para quienes emprendan la aventura de comenzar un comité de ética asistencial en un hospital psiquiátrico.

▼ OSEP RAMOS Y JOSEP M.ª LLOVET afrontan el duro problema de la competencia J mental, desde la perspectiva conceptual y de su evaluación para incidir en el espinoso debate sobre el internamiento involuntario, donde la paciencia se muestra como la aliada en la búsqueda de las mejores y posibles soluciones, en el perenne conflicto entre la bioética y el derecho.

omo nos lo ha manifestado el Dr. Ramos:

«se trata de dar una respuesta válida a la pregunta que desde siempre ha legitimado la psiquiatría, ¿qué hacemos con los enfermos mentales? Esta pregunta adquiere hoy, en la sociedad "post-moderna", liberal e individualista, una dimensión diferente, enormemente mediatizada por la Ley y por la aplicación concreta de ésta. De hecho, esta relación entre el Derecho y la Psiquiatría ha sido sin duda un paso de progreso en la historia de la asistencia psiquiátrica, pero la práctica legal entre médicos y jueces que acompaña hoy las intervenciones asistenciales límites como un ingreso no voluntario o una incapacitación, se muestra no sólo insuficiente sino incluso equívoca. En primer lugar, porque tiende a construir un marco médico-legal burocrático y procedimentalista, lejos de ser enfocado a tratar de ayudar a las personas enfermas. En segundo lugar, porque no tiene en cuenta el estado actual del conocimiento científico y la capacidad resolutiva real de la psiquiatría, de manera que insiste en considerar que toda conducta anormal, y todavía más si es negativa o causa distorsiones al entorno, es un "caso psiquiátrico". De esta manera, el internamiento en sí,

^{3.} KOCH, HANS-GEORGE, REITER-THEIL, STELLA, HELMCHEN, HANFRIED (eds). Informed Consent in Psychiatry. European Perspectives of Ethics, Law and Clinical Practice. Ed. Nomos Baden-Baden. 1996.

es decir la segregación y la reclusión, vuelve a ser en sí mismo un tratamiento, y la psiquiatría, a falta de otras alternativas, queda como depositaria de la responsabilidad social ante estos tipos de conductas, independientemente de la existencia o no de una solución sanitaria.

Esta función de orden público de la psiquiatría disminuye capacidad terapéutica allí donde realmente la tiene, retarda la aceptación social de los enfermos mentales, frustra o disminuye la sensibilidad de los profesionales y mantiene la percepción de la sospecha respecto a los centros psiquiátricos.

Ciertamente, hace falta un profundo ejercicio de reflexión en torno a las innumerables situaciones personales que transitan en las fronteras de nuestra sociedad. Se trata de un debate en el que la psiquiatría debe participar, pero en el que hace falta también el compromiso de muchos otros agentes sociales y políticos.»

TILIA ARENAS, con su equipo, podemos afirmar que ha logrado un magnífico tratado sobre los derechos y los deberes de los usuarios hospitalizados y las medidas restrictivas. Su tesón y paciencia con la colaboración de los miembros del Comité de Ética Asistencial se han visto premiados con la Carta que presentamos, de la cual estamos satisfechos si bien creemos que gracias a la colaboración de todos puede mejorarse siempre.

RICARDO DASÍ, en su colaboración, si bien no se centra exclusivamente en los enfermos mentales, aborda un problema difícil cual es el de la Sida, con connotaciones especiales en una Institución psiquiátrica, en la cual muchos pacientes van y vienen en régimen abierto y dónde el hallazgo de pacientes con VIH positivo no es algo excepcional, con todo lo que ello conlleva en las áreas de prevención, docencia, y tratamiento. La experiencia del autor en el problema es indiscutible como su compromiso personal de ayuda a estos pacientes, desde hace muchos años.

S ABINA CALMET, nos ofrece exposición de su trabajo, bueno y de calidad, en su condición de enfermera psiquiátrica, dedicada a su quehacer, día a día, del seguimiento de pacientes esquizofrénicos. Nos ofrece una muestra de su trabajo y nos invita a la reflexión tanto por lo que dice como por lo que calla, pero fácilmente perceptible para quienes han tenido que tratar o convivir con estos pacientes.

En síntesis el objetivo último de los trabajos que en este número de LABOR HOSPITALARIA presentamos es, justamente, aportar elementos teóricos y prácticos para el manejo de las situaciones difíciles en el tratamiento de los enfermos mentales más graves. Ello implica, forzosamente, tratar con los límites del principio de autonomía buscando resolver racionalmente las complejas ecuaciones que en la práctica se dan entre la salud y la enfermedad, entre la libertad y la responsabilidad, entre derechos y deberes.

Hemos procurado buscar respuestas a diferentes problemas éticos relacionados con el ejercicio de la psiquiatría. La formación en Bioética y la experiencia adquirida en los Comités de Ética Asistencial, específicamente en el Comité de Ética de «Sant Joan de Déu. Serveis de Salut Mental» (Sant Boi de Llobregat), han sido el eje central que nos ha permitido caminar, quizás con menos temores, hacia un horizonte que trate de superar la ética «de mínimos» en la que aún hoy se mueve la práctica psiquiátrica.



Trabajos presentados por Miembros del Comité de Ética Asistencial de Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental (Sant Boi de Llobregat)

Setiembre 2001

PRÓLOGO

a pregunta de siempre que ha legitimado la psiquiatría, «¿qué hacemos con los enfermos mentales?», adquiere hoy, en la sociedad «post-moderna», liberal e individualista, una dimensión diferente, enormemente mediatizada por la Ley y por la aplicación concreta de ésta. De hecho, esta relación entre el Derecho y la Psiguiatría ha sido sin duda un paso de progreso en la historia de la asistencia psiguiátrica, pero la práctica legal entre médicos y jueces que acompaña hoy las intervenciones asistenciales límites, como un ingreso no voluntario o una incapacitación, se muestra no sólo insuficiente sino incluso equívoca. En primer lugar, porque tiende a construir un marco médicolegal burocrático y procedimentalista, lejos de ser enfocado a tratar de ayudar a las personas enfermas. En segundo lugar, porque no tiene en cuenta el estado actual del conocimiento científico y la capacidad resolutiva real de la psiquiatría, de manera que insiste en considerar que toda conducta anormal, y todavía más si es negativa o causa distorsiones al entorno, es un «caso psiguiátrico». De esta manera, el internamiento en sí, es decir la segregación y la reclusión, vuelve a ser en sí mismo un tratamiento, y la psiguiatría, a falta de otras alternativas, queda como depositaria de la responsabilidad social ante estos tipos de conductas, independientemente de la existencia o no de una solución sanitaria.

Esta función de orden público de la psiquiatría disminuye capacidad terapéutica allí donde realmente la tiene, retarda la aceptación social de los enfermos mentales, frustra o disminuye la sensibilidad de los profesionales y mantiene la percepción de la sospecha respecto a los centros psiguiátricos.

Ciertamente, hace falta un profundo ejercicio de reflexión en torno a las innumerables situaciones personales que transitan en las fronteras de nuestra sociedad. Se trata de un debate en el que la psiguiatría debe participar, pero en el que hace falta también el compromiso de muchos otros agentes sociales y políticos.

El objetivo último de los trabajos que en este número de LABOR HOSPITALARIA presentamos es, justamente, aportar elementos teóricos y prácticos para el manejo de las situaciones difíciles en el tratamiento de los enfermos mentales más graves. Ello implica, forzosamente, tratar con los límites del principio de autonomía buscando resolver racionalmente las compleias ecuaciones que en la práctica se dan entre la salud y la enfermedad, entre la libertad y la responsabilidad, entre derechos y deberes.

Hace falta, sin duda, un ejercicio de la profesión que, sin evitar la responsabilidad social y partiendo de las necesidades reales de los enfermos mentales especialmente en las situaciones de crisis, es decir, partiendo de la clínica, se base en el estado actual del conocimiento científico, respete el marco legal de manera escrupulosa y añada constantemente el valor del respeto a la dignidad de la persona.

Los trabajos que presentamos tratan de encontrar respuestas a diferentes problemas éticos relacionados con el ejercicio de la psiguiatría. La formación en Bioética y la experiencia adquirida en los Comités de Ética Asistencial han sido el eje central que nos ha permitido caminar, quizás con menos temores, hacia un horizonte que trate de superar la ética «de mínimos» en la que aún hoy se mueve la práctica psiquiátrica.

Dr. J. RAMOS MONTES

Problemática que presentan las decisiones éticas en psiquiatría

FRANCESC MUÑOZ GARCÍA

INTRODUCCIÓN

Pel mismo enunciado, «problemática que presentan las decisiones éticas en psiquiatría», se puede deducir, fácilmente, que en las instituciones de asistencia psiquiátrica actuales existen espacios y algún tipo de estructura para la reflexión de casos y situaciones, sobre las que tomar decisiones éticas; que este nivel de reflexión sistemática, que no era habitual hace poco tiempo, tuvo que introducirse en algún momento de la historia institucional; y que la necesaria formación de los profesionales en cuestiones éticas, que tampoco era habitual en las instituciones, ha tenido que adquirirse mediante la voluntad de las personas y la planificación de objetivos adecuados.

Entendemos que la problemática que presentan las decisiones éticas en psiquiatría participa en bloque de todos estos aspectos: obviamente, de las específicas características de las enfermedades mentales, pero también, de la voluntad institucional de favorecer el análisis de casos creando las estructuras necesarias y del esfuerzo individual de los profesionales en la propia formación.

Está claro, que excepto los aspectos específicos que sólo las enfermedades mentales presentan, los otros elementos se pueden considerar comunes a cualquier campo, sanitario o no, donde se aplique un método de reflexión sobre decisiones éticas. Ahora bien, en nuestro trabajo, que quisiera ser específico «en psiquiatría» no creemos poder prescindir, totalmente, de estas partes comunes porque, de alguna manera, son inseparables y porque prescindir del hecho histórico de la incorporación de la ética a la dinámica asistencial y de su repercusión en la institución, sería olvidar una parte esencial que, sin duda, daría una visión sólo parcial de la realidad.

Digamos también que, además de la problemática derivada de las peculiaridades de las enfermedades mentales, las decisiones éticas en psiquiatría se han encontrado, y, algunas veces se encuentran, condicionadas por las variadas concepciones de la asistencia tradicional; por ideas y criterios insuficientemente compartidos y con poco consenso y por los valores y las actitudes de cada persona. El mismo hecho de proponer que estas cuestiones sean tratadas en un debate abierto es, muchas veces, motivo suficiente para generar diversos tipos de problemática de la que no puede negarse su influencia a la hora de tomar decisiones.

Por lo que respecta a las palabras «problema» o «dificultad» que connotan un sentido negativo, queremos advertir que no es este el sentido con que, en general, pretendemos utilizarlas aquí. La problemática a la que nos referimos es más propia de la búsqueda permanente y el deseo de crecimiento cualitativo, y no tanto la de situaciones que, de antemano, se hayan declarado insuperables. Por eso, optamos por utilizarlas pero remarcando su acepción positiva.

RASGOS DE EVOLUCIÓN HISTÓRICA

EL PROCESO DE REFORMA INSTITUCIONAL

a aplicación metodológica de la reflexión ética en psiquiatría, es una práctica reciente, estrechamente vinculada al proceso de transformación que las instituciones psiquiátricas han llevado a cabo en los últimos veinte años (1980-2000) y uno de sus rasgos más signi-

Este proceso tiene su origen en la decisión que el conjunto de la sociedad tomó al plantearse tirar adelante una mejora en profundidad de la asistencia psiquiátrica, que comprometía a los científicos, a los profesionales de la asistencia, las familias, los responsables de los gobiernos y representantes sociales y a los ciudadanos en general. Era la expresión de un deseo y, a la vez, un compromiso de todos que exigía implicación y cambio de actitudes reales, no sólo posiciones superficiales, genéricas e impersonales.

De la administración pública, harán falta esfuerzos presupuestarios, la dedicación general de más recursos para importantes inversiones en infraestructuras y el incremento de profesionales. A los profesionales se les pedirá una organización racional de la asistencia, la creación de programas nuevos, la revisión de los existentes y la creación de unos modelos de atención que, en adelante, se centren en las necesidades individuales de cada paciente.

El ambicioso objetivo pretende superar totalmente no sólo la realidad de aislamiento social, que comporta la separación física del enfermo, sino llegar a superar tamEl sufrimiento de la enfermedad mental tenía que llegar a considerarse un hecho que no comportara ningún tipo de exclusión de las personas que la padecian.

bién, el nivel de aislamiento conceptual, las ideas, los prejuicios y las actitudes que se tienen respecto a él, lo que lo marca, el llamado estigma social. El antiguo manicomio, ya se llamara frenopático, sanatorio, casa de salud o, más modernamente, hospital psiquiátrico, había de quedar atrás, el horizonte tenía que ser la misma sociedad civil con plenitud de derechos y deberes. El sufrimiento de la enfermedad mental tenía que llegar a considerarse un hecho que no comportara ningún tipo de exclusión de las personas que la padecían.

Es necesario referirse a este proceso de reforma no solamente porque es el más reciente de los numerosos procesos reformadores de la historia de las instituciones psiquiátricas, sino porque es el que más profundamente se ha abordado. Recordemos que la reforma se inició en medio de unas fuertes corrientes de radical pensamiento científico, algunas de las cuales llegaron a justificar el cierre inmediato e indiscriminado de los centros psiquiátricos.

Hay que reconocer que el movimiento reformador estaba suficientemente justificado porque se trataba de instituciones («institución total») centenarias muy cerradas, aisladas y «aisladoras» de la sociedad, de grandes proporciones (alrededor de mil camas, y más, cada una) donde las personas quedaban ingresadas (verdadero eufemismo) frecuentemente en hábitats de características masivas y sin expectativas reales de reinserción. La falta de recursos materiales y de compromiso social convirtió estas instituciones en un recurso de fácil justificación donde «depositar» las personas enfermas mentales, pero también otros importantes grupos de inadaptados que padecían diversos problemas de marginación social.

La inexistencia de un suficiente consenso científico y político y, en todo caso, las nulas posibilidades de aplicarlo por falta de recursos reales, se potenciaban el uno al otro, en un círculo de giro sin fin. En estas condiciones, la asistencia quedaba reducida a unas funciones asilares de contenidos, casi exclusivamente, de custodia y seguridad. La calidad del tratamiento y del «buen trato» dependerían, en gran medida, de la voluntad individual de los profesionales y de los idearios de las instituciones que, en general, aunque muy bien intencionadas, practicaban (y generaban) un paternalismo de raíces culturales muy marcadas.

Cuando al principio del proceso de reformas, la institución decide crear el primer Comité de Ética Asistencial, para la mayoría de los profesionales constituye toda una novedad. No hay antecedentes. Nadie, sin embargo, cuestiona la decisión, sino que, muy al contrario, todos se mostrarán de acuerdo y dispuestos. Sin embargo, la falta de experiencia y de información, harán que sean muy pocos los que puedan dar razón de las funciones y contenidos propios de un CEA. A pesar de esto, espontáneamente, se genera una corriente de acuerdo colectivo que valora la creación del CEA como un importante paso hacia adelante dentro del impulso de profunda renovación que remueve toda la institución en esta época. Ciertamente, un hito en la historia institucional.

EL PROCESO DE ADAPTACIÓN **DE LOS PROFESIONALES**

a incorporación de la ética, como método de análisis y reflexión de las decisiones asistenciales, exigió un considerable esfuerzo de formación y de adaptación personal a todos los profesionales.

De la ética, incorporada a las tareas cotidianas de la asistencia, había de aprenderse, incluso, a hablar con propiedad. Cosa normal si se atiende a las circunstancias del momento. Como recién llegados a un tema poco conocido, la mayoría, manifestaba una lógica inseguridad. Eran significativos los silencios prudentes y defensivos. Nadie era y, sobre todo, delante de los otros, nadie quería ser «no ético». Menudeaban las expresiones de aire benévolo y sentencioso, «esto no es ético» (o sí lo es), para calificar las más variadas situaciones. La ética (la palabra) era una novedad y se utilizaba a diestro y siniestro como si se tratara del peso necesario para decantar un argumento.

El colectivo, sin embargo, pronto descubrió sus diferencias de criterio en los temas concretos. Y apareció que la importancia del diálogo se experimentaba en directo, y se comprendía que no siempre había de ser tan fácil. Aceptar el diálogo, de veras, suponía aceptar una serie de consecuencias como son definir la propia posición; abrirse para escuchar al otro; disponerse a llegar a acuerdos, lo cual, en principio, es sencillo, pero que, con frecuencia, resulta complejo. Hacia falta definirse, se descubrió el compromiso que esto llevaba implícito, y que no siempre era fácil. De palabras como «tolerancia», «cambio», «derecho», se empezaba a conocer el contenido y a experimentar las propias reacciones. Fue necesario aprender el manejo de las inevitables dosis de tirantez, reconocer la existencia de los miedos, propios y ajenos, y poner en relativo muchas cosas hasta entonces consideradas como absolutas, o que, sencillamente, no se consideraban. Todo un esfuerzo que cada uno haría a su manera.

El proceso de cambio en este ámbito personal, a pesar de todo, fue abriéndose camino. Todo el mundo fue invitado a participar en el proceso renovador. Nadie tenia que quedarse al margen. En conjunto, a pesar de las humanas y naturales tendencias defensivas y a la instalación, se consiguió una base de acuerdos suficientes para compartir los esfuerzos y dirigirlos al objetivo común de promover la dignidad de los enfermos mentales, ofreciéndoles una atención de asistencia integral progresivamente creciente y de calidad.

De palabras como «tolerancia», «cambio», «derecho», se empezaba a conocer el cont<u>enido</u> y a experimentar las propias reacciones.

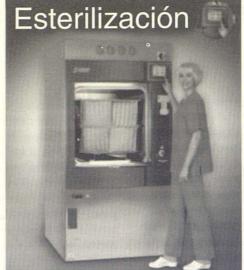
La conciencia de que algunas problemáticas, de las apuntadas aquí, no son nunca superadas del todo, no impedía la conciencia de los niveles de superación que si eran posibles. En este sentido la valoración de lo que, en común, se iba consiguiendo fue positiva hasta el punto de considerarse capaces de dar, todavía, un nuevo y, atrevido paso más: incluir en el proceso de renovación, como interlocutores de pleno derecho, a los mismos usuarios, mediante la publicación de una Carta de Derechos y Deberes. Todo un reto.

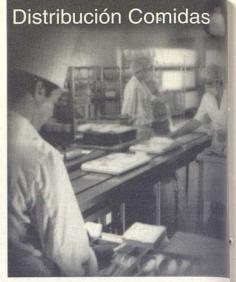
LA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS (1995)

odría considerarse el ecuador (aunque sea asimétrico) que divide en dos partes veinte años de profundas renovaciones. También podría hablarse de un antes y un después de la CDD por lo que supuso de verdadera influencia en el cambio de actitudes personales y en la de numerosos y significativos aspectos concretos de la asistencia.

La evolución de las decisiones que la institución fue tomando ya se valoraba con suficiente satisfacción, pero, en el sentir general, crecía la creencia de que todavía faltaba dar este nuevo paso, quizás uno de los de más transcendencia en la historia de la asistencia psiquiátrica, un paso del que la sola propuesta ya sorprendía: hacer constar, por escrito, los derechos y deberes de los usuarios. Derechos que habrían de llegar, incluso, a reconocer la participación, activa y responsable, de los propios enfermos mentales en las decisiones de su tratamiento. ¿Sería posible?







Lo cotidiano en un Hospital es vital para muchas personas



Sábado 3:30 de la madrugada.

Una mujer en avanzado estado de gestación es ingresada urgentemente. El parto es inminente. Con prontitud, es trasladada a la sala de dilatación donde se la prepara convenientemente para su ingreso en el quirófano.

Domingo 8:30 de la mañana. Puntualmente, la paciente toma un apetitoso desayuno. Se siente feliz: todo ha transcurrido como ella deseaba.

Detras de esta satisfacción, toda una cotidiana y compleja organización ha funcionado de forma perfecta:

· Máxima higiene y asepsia en todo el proceso.

- Máxima seguridad y comodidad en el quirófano.
- Máxima calidad en el servicio de distribución de comidas.

Matachana, líder en el sector, lleva muchos años contribuyendo con sus equipos a que la difícil labor de todos los profesionales de un Hospital sea más eficaz y segura.

En Matachana trabajamos pensando en usted y en sus pacientes. Sabemos que un óptimo funcionamiento se basa en disponer del mejor equipo -tanto humano como técnico- que le garantice una ejecución perfecta de toda la planificación diaria de su Centro Hospitalario.

Matachana aporta soluciones concretas en cada caso con la tecnologia de vanguardista que caracteriza a todos sus productos:

- Centrales de esterilización: la más amplia gama de esterilizadores y equipamiento.
- Bloque Quirúrgico: lámparas y mesas de quirófanos con la técnica más avanzada.
- Bloque de cocción v Distribución de comidas: sistema centralizado o línia fría/caliente.

Matachana sabe, como Usted, que lo cotidiano en un Hospital es vital para muchas personas

matachana

Central

Almogávares, 174 Tel. 93 486 87 00 Fax. 93 309 86 92 hospitales@matachana.com E-08018 Barcelona

Fábrica

Hierro, 20 - 22 Tel. 93 223 26 28 Fax. 93 223 33 31 E-08038 Barcelona ESPAÑA

División Exportación

Almogávares, 174 Tel. (+34) 93 300 85 04 Fax. (+34) 93 485 43 54 export@matachana.com E-08018 Barcelona **ESPAÑA**

Matachana Argentina

Lincoln, 2572 Villa Maipu Partido San Martín Prov. Buenos Aires Tel/Fax. (+54) 11 47 53 10 47 matachana@arnet.com.ar ARGENTINA

Web: http://www.matachana.com

Matachana France

4, rue Eugène Dupuis Europarc Tel. (+33) 01 41 94 17 80 Fax. (+33) 01 41 94 17 82 hospitalier@matachana.fr 94043 Créteil FRANCIA

Matachana France

6. rue Joseph Bosc Tel. (+33) 05 61 630396 Fax. (+33) 05 61 620664 laboratoires@matachana.fr 31000 Tolouse FRANCIA

Matachana UK

Unit 5, Selby Business Pal Bawtry Road Selby YO8 81 Tel. +44 (0) 1757 290 999 Fax. +44 (0) 1757 291 05 GRAN BRETAÑA

Las palmas Madrid

Palma de Mallorca

Pamplona -

San Sebastián

Santander

Santiago de Compostela

Sevilla

Valencia

Valladolid

El debate quedó abierto y fue largo. El creer y el dudar; el aceptar y el rechazar; el deseo y el miedo descubrieron un espacio donde encontrarse. Y, poco a poco, llegaron los acuerdos. La Carta de Derechos y Deberes se convirtió en un eje de referencia que evitaría las oscilaciones de muchos debates interminables. Concretémoslo, se decía, ¿cómo queremos/como tenemos que actuar en materias de información?, ¿de intimidad?, ¿de consentimiento? y, sobre todo, ¿qué justificaciones damos para cada decisión? Conceptos y comprensiones tradicionales se cuestionaron, confrontándolas con nuevas visiones de la realidad. El proceso de renovación se acercaba y tocaba las fibras más personales sin excluir a nadie. Se pedía modificar maneras de entender y de actuar. Se produjeron cambios.

LA REFORMA INICIADA YA NO PODRÁ PARARSE

n veinte años, el volumen, cantidad y calidad, de lo conseguido, no da lugar a muchas dudas: Los avances de las ciencias en general y de la medicina en particular han permitido incrementar la eficacia de los diagnósticos y los tratamientos de las diversas patologías mentales hasta el punto de reducir los ingresos y hacer posible el tratamiento de la mayoría de los casos en el propio medio social y familiar. Las mejoras obtenidas en infraestructuras y recursos de soporte comunitario han permitido importantes modificaciones en la tradicional asistencia institucional. Las reformas físicas, algunas muy importantes, han vuelto la espalda a la vieja institución y miran abiertamente al exterior, son como diques de contención ante posibles regresiones en los modelos y filosofías de asistencia. Culturalmente la sociedad ha registrado importantes cambios de actitud en relación a los enfermos mentales y admitido nuevas claves de comprensión para su tolerancia y aceptación.

Es verdad que nada de todo esto puede considerarse definitivo en un proceso de reforma de esta magnitud pero sí puede afirmarse que los muros físicos de separación y las viejas concepciones de «lo cerrado» y «lo abierto», han sido difuminadas y aunque todavía queden algunas, también puede asegurarse que, en este momento, muchas otras han dejado de existir definitivamente.

UN CAMINO QUE PERMANECE ABIERTO

amino abierto porque el proceso de reforma institucional está en marcha, pero todavía no está acabado. Quizás algún día las reformas estructurales, las que se refieren al equilibrio entre necesidades y recursos lleguen a su fin, ojalá fuera así, no es probable que lo sea pero, hipotéticamente, podría serlo. Se trata de los aspectos «materiales» que pueden cuantificarse, son los aspectos del cambio que «se ven» los que se pueden medir y contar, son aspectos que dependen de las ciencias (médicas y sociales) y, de manera especial, de la voluntad política y económica de los responsables sociales. Esta es una parte del camino que, a pesar de los progresos reconocidos, permanece y permanecerá abierta por mucho tiempo, pero sobre la que es posible especular que un día pudiera cerrarse porque se hubieran alcanzado los objetivos.

Hace falta revisar constantemente, en un diálogo sin exclusiones, los conceptos, las ideas y los modelos de comprensión.

Otra cosa son los aspectos que afectan a las decisiones éticas. En este caso el camino ha de permanecer, por definición, abierto para siempre. El progreso en este terreno no conduce a una meta última sino a una renovación constante y a un crecimiento sin fin. Los valores, que es de lo que se trata aquí, son las mejoras que «no se ven», expresión con la que se intenta decir que son percibidas por los sentidos «de otra manera». Las decisiones éticas, la actuación de los valores, son una parte viva, y por esto, siempre nueva y diferente, de la asistencia, también en psiquiatría. Los valores (del signo que sean) son inherentes a las decisiones éticas y se manifiestan vivos porque viven en las personas, tanto si son asistentes como asistidas.

El camino también está abierto porque hay tareas, permanentemente, abiertas: Hay que seguir buscando las raíces verdaderas del complejo fenómeno de la enfermedad mental y de su incidencia en las personas enfermas y su entorno. Hace falta revisar constantemente, en un diálogo sin exclusiones, los conceptos, las ideas y los modelos de comprensión. Y siempre hará falta llegar a acuerdos que orienten las actuaciones en la búsqueda del bien común y adaptarse continuamente a las nuevas situaciones que plantean los cambios profundos y acelerados de la sociedad actual.

Quedan cosas por hacer, pero con «camino abierto» se quiere significar, sobre todo, la actitud (postura interior) propia de todo proceso personal, vital y dinámico que también afecta a la vida de las instituciones. Cerrarse, como pararse, significa retroceder. No hay término medio.

ALGUNOS ASPECTOS DONDE SE PRESENTAN DIFICULTADES

CRITERIOS Y CREENCIAS QUE CONDICIONAN LA PROPIA POSICION

a «problemática de las decisiones éticas en psiquiatría», en sentido amplio, será, evidentemente, una u otra, dependiendo de las posiciones que se tomen ante los enfermos mentales. Esto se ha visto con claridad en estos últimos años. Y es una cosa tan clara que parece innecesario señalarla. Pero se ha de decir que, aunque sea una problemática clara, también es compleja, sobre todo, por la cantidad de factores que intervienen. Estos serian algunos ejemplos:

- Enfermo y enfermedad son dos entidades inseparables (se ha llegado a decir que «no existen las enfermedades, sino los enfermos») y sin embargo, la experiencia demuestra cómo, incluso en ámbitos profesionales, no siempre se unen (o separan) adecuadamente. Introducirse en la exploración de las enfermedades comporta el riesgo «de olvidarse» de los enfermos. Una parte de la investigación científica puede hacer inevitable tratar de la enfermedad en abstracto, pero las decisiones éticas se refieren siempre a los enfermos, personas concretas, con circunstancias también muy concretas. Esto, aun queriéndolo, no siempre se recuerda.
- Las ideas que dominan socialmente cada momento histórico favorecen (y condicionan), individual y colectivamente, las ideas y el comportamiento de las personas. Así, si la idea dominante en relación al enfermo mental es el peligro, y que es bueno para él y la sociedad encerrarlo para protegerlo (y protegerse de él), las decisiones éticas tenderán a acomodarse al modelo general. De esta influencia hace falta ser conscientes para comportarse con una dosis suficiente de objetividad e indepen-
- · La tendencia a generalizar, como recurso, para simplificar una realidad compleja conduce, fácilmente, a planteamientos erróneos. Así, generalizar la idea del peligro de los enfermos mentales es tan inconveniente, como asegurar que ningún enfermo mental es en absoluto peligroso. Mantenerse en la dialéctica de la complejidad y buscar para cada una de sus partes una respuesta coherente o optar por la simplificación, son posiciones variables que cada uno tomará libremente, pero de esto también depende el signo de las decisiones éticas.

LOS CONCEPTOS

rastorno mental...? En «El libro blanco (2000) sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas afectadas de trastornos mentales» se dice: "Las definiciones de trastorno mental que proponen la OMS y la Asociación Americana de Psiquiatría, no tienen unas fronteras claras. Por tanto, los trastornos mentales no se pueden clasificar con absoluta precisión". En el término "trastorno mental" se pueden incluir: enfermedad mental; discapacidad mental (que en algunos países se llaman "problemas de aprendizaje") y los trastornos de personalidad.»

El problema de no entender lo mismo a partir de una definición favorece las confusiones y dificulta la comunicación, esto es bien patente, pero todavía lo es más el obstáculo que supone a la toma de decisiones. Y es una cuestión importante porque, entre otras, dificulta el poder llegar a acuerdos en cosas fundamentales, como determinar quién es enfermo mental, quién no lo es y cual es la respuesta asistencial que necesita. Incluso mirando de no caer en la telaraña de las discusiones puramente semánticas, el problema de los conceptos obliga a comprobar que el término utilizado tenga un significado común bastante compartido por los profesionales que han de aplicarlo en los casos concretos.

Dar contenido a las palabras competencia o incompetencia mentales y capacidad o incapacidad y distinguirlas entre sí (actualmente son valoraciones diagnosticas de aplicación habitual) son algunos ejemplos de la importancia de unos conceptos nuevos (10 últimos años), que han sido motivo de dificultad de comprensión, unas veces y, de confusión, otras y, lo que es más importante, como consecuencia de todo ello, de decisiones éticas dudosas. Y no son los únicos: la comprensión del concepto voluntario o involuntario que puede otorgarse a una persona afectada de trastorno mental, es todavía, a pesar del tiempo transcurrido, motivo de interrogantes y reflexiones. En el mismo sentido se podría citar la autonomía que se le ha de reconocer a un enfermo mental, qué cosa se ha de entender por autonomía y, sobre todo, qué significa su aplicación en la práctica de cada caso.

El problema de los conceptos es muy importante, además, porqué no son conceptos estáticos en la aplicación concreta. Hace falta que la definición de los conceptos sea estable y fijarla en protocolos y guías para el procedimiento práctico pero la aplicación será siempre dinámica y variable, porque está afectada por el mismo dinamismo y variación que experimentan los procesos vitales de las personas (enfermos mentales) a las que se les aplica. Es obvio, por más que a veces cueste aceptarlo, que un enfermo mental varia su estado en función de múltiples factores y que es necesario adaptarse a sus necesidades modificando tanto como sea preciso los diagnósticos (conceptos) que se le habían aplicado.

En conjunto, los conceptos son una problemática que necesita resolverse con precisiones autorizadas que armonicen las distintas interpretaciones y ponerlas, con divulgaciones adecuadas, al alcance de la mano de todos los estamentos profesionales que han de utilizarlas.

LEGALIDAD Y SISTEMA JUDICIAL (IMPLICACIONES EN EL SISTEMA SANITARIO)

Los sistemas judiciales propios de los países democráticos prevén la promulgación de leyes con las que proteger los derechos y la dignidad de los ciudadanos. Las personas que padecen trastornos mentales son, en principio, más vulnerables y se encuentran más expuestas a que sus derechos no sean respetados. En los veinte años de proceso de reformas de la institución psiquiátrica, en esta vertiente legal y jurídica se han experimentado cambios bien notables de importancia capital en la protección de los enfermos mentales, publicando leyes y regulando diversos procedimientos.

Las personas que padecen trastornos mentales son, en principio, más vulnerables y se encuentran más expuestas a que sus derechos no sean respetados.

Las decisiones que el sistema sanitario de salud mental toma (con la anuencia del conjunto social) sobre los enfermos mentales, comportan una serie de limitaciones a las personas de las que una de las más importantes es la privación de libertad. Hace falta situarse al principio del proceso de las reformas institucionales y reconocer la falta de rigor formal con la que se decidían los ingresos y su duración en aquellos momentos, para entender que el sistema legal y judicial, decidiera intervenir con leyes y disposiciones que regularan la situación y ejercer, tanto como fuera posible, la protección de los derechos de las personas ingresadas en los psiquiátricos, los de las que ya llevaban muchos años, y los de las que por razones de su patología tuvieran que ingresarse en el futuro.

Esta modificación legal, aunque, de momento, no todo el mundo fue completamente consciente, tenia una enorme e indiscutible carga de contenido ético. De ninguna manera se puede decir que el esfuerzo de tener que cumplimentar numerosos requisitos administrativos, pedir el consentimiento de los pacientes y discriminar cada una de las situaciones personales que se presentan a la hora de decidir un ingreso, represente una problemática que pudiera justificar, racionalmente, una mínima marcha atrás (que sería vergonzosa). Las nuevas problemáticas que se presentan en este ámbito son del orden del

crecimiento cualitativo y a la base de sus planteamientos hay siempre una propuesta de diálogo y reflexión que intenta superarlas.

El diálogo entre el sistema sanitario de salud mental y el sistema legal y judicial, es una cuestión preeminente en la praxis de algunas decisiones éticas en psiquiatría. Ambos son sistemas con capacidad, responsabilidad y poder de intervención social que, con sus intervenciones, coinciden en un punto común: los enfermos mentales. Ya se ha dicho que el fenómeno de la enfermedad y su manifestación en las personas que la padecen, tiene partes «de fronteras poco claras», razón que podría explicar por qué se puede entrar, fácilmente, en mutuas implicaciones y que éstas, cuando se presentan, solamente pueden resolverse con planteamientos formales de búsqueda y diálogo responsable.

Cuando el sistema judicial dispuso medidas de intervención en la reforma de los antiguos hospitales psiquiátricos, se tuvo que proceder a informar por escrito, uno por uno, de todos los casos presentes en la institución, hacía falta justificar aquellos que tendrían que continuar hospitalizados, abrir procesos de externación para todos los que fuera posible e informar puntualmente, a partir de aquel momento, de cada uno de los nuevos casos. Los ingresos del sistema sanitario, que suponían una privación de libertad del ciudadano, tendrían que hacerse mediante la correspondiente autorización judicial y ésta revisada periódicamente.

La nueva situación, éticamente, como intención de la defensa de derechos humanos podía resultar impecable. Las nuevas obligaciones, a pesar del esfuerzo que suponían, ni sorprendieron ni fueron cuestionadas por el sistema sanitario inmerso ya, por su cuenta, en un proceso de reformas internas bien decididas, al contrario, más bien eran bien recibidas por lo que suponían de coherencia con el conjunto del espíritu reformador. Pero, es a partir de este momento que se puede decir que aparece una nueva problemática, en parte, derivada del sentido común y, en parte, de un principio de realidad que siempre açaba por imponerse: Ni el sistema judicial tiene la capacidad real de dar respuesta física a todas las demandas de autorización y revisión de ingresos que se le podían presentar, ni en el cien por cien de casos que atendía el sistema sanitario se justificaba la intervención del juez. Hacía falta racionalizar los mecanismos de relación entre ambos sistemas. Incluso aceptando que era un objetivo común defender los derechos de los enfermos, era preciso establecer el modo concreto y formal de hacerlo y que fuera aceptado por ambas partes.

En la búsqueda de garantías jurídicas y de actuaciones de razonable eficacia terapéutica, con una base de interés común para la reflexión y los contenidos éticos, se introdujo un nuevo sujeto: el propio enfermo. Quizás caía por su propio peso, pero era una novedad, que se propusiera contar formalmente con la voluntad del enfermo a recibir tratamiento en régimen de hospitalización lo cual le suponía consentir en «la privación de li-

bertad». Si esto era posible, sería la verdadera respuesta a las garantías que se estaban buscando. Pero, ¿un enfermo mental tiene capacidad de voluntad...?, ¿a un enfermo mental se le puede reconocer capacidad de decisión voluntaria...? interrogantes de este estilo serían los primeros eslabones de una cadena de dificultades que afectaban las decisiones, también las éticas, que, posteriormente, se iría alargando.

Los interrogantes y las respuestas no obstante, iban mostrando, poco a poco, la manera de resolver las dificultades. Una primera respuesta en firme fue que sí, que valorando previamente la competencia mental (valoración clínica del médico), los enfermos mentales podían ser reconocidos capaces de expresar su voluntad hacia la aceptación del propio tratamiento. Para esto era perfectamente coherente proponerles firmar el correspondiente documento y que éste fuera reconocido válido jurídicamente.

Garantizando el cumplimiento de este requisito, el sistema sanitario obtenía la total libertad de actuación hacia los objetivos terapéuticos más adecuados para cada caso; el paciente recibía la consideración ética que más lo dignifica como persona al tenerlo verdaderamente en cuenta para decidir sobre sí mismo, y el sistema judicial se asegura, formalmente, el respeto de los derechos ciudadanos. Ningún problema entonces, nos encontramos ante lo que se ha reconocido y formalizado oficialmente como el Ingreso voluntario. Un importante paso hacia delante porque un mayoritario volumen de pacientes se incluyen en esta categoría. Además, los límites de las respectivas intervenciones médicas y judiciales, en este ámbito, están bastante bien definidos.

Ahora bien, con toda lógica, la conclusión anterior, no excluye la existencia de su contraria. Si la valoración de la competencia mental es la condición previa para reconocer a un enfermo la capacidad de decidir, cuando la valoración es negativa, nos encontramos con la inevitable figura del ingreso involuntario, es decir, forzoso, contra la voluntad del enfermo. Esto obliga a que los sistemas sanitario y judicial se pongan en relación, informando el uno y autorizando el otro para proteger, al máximo, los intereses de salud de la persona enferma y sus derechos. Una obligación que, llevada a cabo con equilibrio y colaboración, es de resultados bien satisfactorios. A primera vista, de la relación entre los sistemas no tendría que derivarse ninguna problemática pero, con el ingreso involuntario, se abre la puerta de las «implicaciones» (intervenciones «que no tocan») y la hace, potencialmente, posible.

De entre los factores que generan problemática, es importante considerar la condición variable de la patología mental. La calificación de voluntario o involuntario que se puede hacer de un paciente, en un momento dado, no es inalterable, siempre igual, sino que puede ir alternando de una situación a la otra con frecuencias y ritmos no previsibles. Esto no siempre es entendido por todos y tampoco fácil de aceptar cuando afecta a las propias emociones. Las variaciones de los pacientes provocan alteraciones en los terapeutas; en las familias y en la sociedad en general que ha de contenerlas (también en el sistema judicial). Las variaciones de los pacientes generan «problemática» pero es más saludable (y justo) admitir ésta que no negar la condición variable de la patología mental.

Y también es importante incorporar la idea de que la competencia o incompetencia puede ser atribuida a un aspecto parcial de la persona enferma. No ser reconocido competente para administrarse los bienes, no excluye el poder ser valorado competente para decidir con competencia y autonomía en otros ámbitos de la propia vida personal (trabajo, diversión, relaciones personales, vestido...). Los aspectos parciales representan una problemática para las decisiones éticas porque éstas no pueden estandarizarse, sino que han de ser el resultado de un esfuerzo de adaptación personalizada a cada una de las variadas situaciones individuales que se presenten.

Especiales problemáticas son las que presenta el llamado ingreso por orden judicial. En este caso las implicaciones del sistema judicial en el sanitario son más evidentes y de más transcendencia. Se podrían analizar algunos de los elementos causales previos, que, de alguna manera, justifican (u obligan) al sistema judicial a decidir esta modalidad de ingreso sanitario, como son por ej.: determinados tipos de presión social; la falta de recursos sanitarios y sociales lo bastante adecuados; la compleja y frecuentemente difícil clasificación de los casos, etc. Pero el hecho es que, a posteriori, aparecen problemáticas nada despreciables como son: las posibles diferencias de valoración clínica en relación a los diagnósticos y los pronósticos de cada caso; la dificultad para diseñar un plan coherente de asistencia sanitaria; y, sobre todo, la confusión que de todo ello se genera, y que, tratándose de salud mental, es muy significativa. La circunstancia de que el alta clínica que es facultad del médico, y por tanto, del sistema sanitario se encuentre supeditada a una decisión del juez, es uno de los ejemplos más gráficos.

EL DIÁLOGO NECESARIO EN LOS EQUIPOS DE ATENCION

a necesidad de diálogo y su importancia nunca hemos oído negarlas, sino que, bien al contrario, en todos los ámbitos de las sociedades democráticas, ya sean profesionales, políticos o culturales, el diálogo se justifica y se defiende de muy diversas maneras.

Las problemáticas que presentan las decisiones éticas en psiquiatría, sin ningún tipo de duda, encuentran una mejor respuesta a través del diálogo en los equipos multidisciplinares de atención, que no con actuaciones impuestas unilateralmente (esta misma afirmación ya podría ser objeto de debate porque podría ser que no todo el mundo estuviera de acuerdo). Así mismo, con la defensa del diálogo multidisciplinar de ninguna manera se ha de entender que las diferentes responsabilidades hayan de quedar «diluidas», experiencia que siempre resulta nefasta.

El diálogo puede aceptarse como la posibilidad de llegar a acuerdos mediante el intercambio verbal de puntos de vista sobre unas determinadas opciones, o como un medio eficaz para fomentar el entendimiento entre los diferentes miembros de un grupo social. Pero, ésta u otras formulaciones teóricas del diálogo, necesitan concretar diversos aspectos que, en la práctica, serán los que lo transformarán en un ejercicio de experiencia real.

- ¿Quién puede participar? ¿con qué formación? ¿dónde? o ¿qué límites tiene el diálogo? Serían algunos de los interrogantes posibles a hacerse previamente. Por encima de todo, y esto lo daríamos por supuesto, ha de haber voluntad y actitud de diálogo. Es obvio. Nada se podría hacer sin querer y con actitud positiva pero, todo y ser importante, tampoco habría bastante con esto. Harán falta también, entre otras:
 - El espacio donde encontrarse y el tiempo que dedicar, por ejemplo, es una necesidad de los equipos de atención que no puede dejarse a la improvisación: hace falta preverlo y hace falta el correspondiente soporte presupuestario. Sin este recurso de la estructura institucional resulta utópico creer que el diálogo, si llega a darse, se mantenga, a cargo exclusivamente de los profesionales o con el sacrificio de actividades de atención directa a los pacientes, que también seria incoherente.
 - Del diálogo nadie ha de quedar excluido pero, es de sentido común, que no todos pueden participar a la vez. Hace falta pues, estructurar los diferentes niveles y modalidades de intervención (comisiones; grupos de trabajo; encuestas; etc.) que permitan participar y canalizar las opiniones del colectivo sin exclusiones.
 - El diálogo sobre la base de decisiones éticas concretas tiene unos límites, los que impone la necesidad de decidir. Hay que tenerlo claro. La complejidad que normalmente envuelve los casos, hace que muchas veces se haya de decidir escogiendo el menor de los males posibles. En el análisis de un caso, la tendencia a revisarlo una y otra vez es tan real, como insensata e inútil mantenerla indefinidamente. Sin renunciar a ninguno de los valores en juego, hace falta una metodología que esquemáticamente conduzca los trabajos de reflexión hacia unas conclusiones razonables en medio de las frecuentes dificultades que acompañan las situaciones planteadas. El diálogo que puede aceptarse dejar indefinidamente abierto, es el de los trabajos de investigación aunque, razonablemente, por necesidades operativas y de método también ha de tener unos límites, pero de márgenes y contenidos bien distintos.
 - La formación es una necesidad permanente, también para el diálogo, incluso, puede que hasta más. Pero necesita orientarse con realismo según posibilidades, intere-

ses y necesidades de los diferentes niveles, personas o grupos. Han de marcarse objetivos que seleccionen y orienten el esfuerzo que se ha de hacer y que mantengan abierta la motivación para formarse. La formación, hace falta que sea cuidadosamente plural y proporcionada en volumen, e integral, que no se polarice en temas, por ejemplo, médicos o sociales y olvide los de filosofía y reflexión sobre valores y sentido del hombre.

CONCLUSIÓN

nfrentar las problemáticas que presentan las deci-Esiones éticas en psiquiatría, requiere de planteamientos rigurosos para identificar los problemas y analizarlos de manera que sea posible llegar a conclusiones operativas, mediante la reflexión multidisciplinar. Es necesario que estén claras las referencias morales, el conjunto de valores y su jerarquía, los modelos filosóficos de comprensión del hombre que son los que han de orientar las decisiones en uno u otro sentido. Se requiere que las actitudes personales se mantengan en el signo positivo para llegar a acuerdos entre las diferentes maneras de entender la realidad, superar las frustraciones y las impotencias y ser capaces de decidir, en cada caso, las mejores opciones posibles, muchas veces, en medio de los problemas inevitables. Es necesario que el «diálogo» no esconda la incapacidad de llegar al compromiso de las decisiones concretas. A todos los niveles, el consenso en las decisiones las hace más sólidas y son preferibles a las de carácter imperativo. Ha de incrementarse el conocimiento científico, aún insuficiente, de la patología mental; es necesario saber aprovechar los avances actuales y promover la contribución de todos a la investigación y a la formación continuada. Han de reclamarse de la administración, tanto como sea preciso, los recursos y las leyes que favorezcan las decisiones éticas. El compromiso afecta a la sociedad en su conjunto, a los profesionales y a los poderes públicos pero también a las familias y a los mismos enfermos.

GUIÓN OPERATIVO PARA EL ANALISIS DE CASOS QUE PLANTEAN PROBLEMAS **ETICOS**

INTRODUCCIÓN

La experiencia del trabajo en el Comité de Ética Asistencial, sobre el análisis de casos que plantean problemas éticos, nos ha hecho notar, tanto a los equipos de profesionales como al mismo CEA, la conveniencia de crear un Guión Operativo que facilite el proceso

de presentación de los casos, su análisis y debate, y las posteriores conclusiones.

En los casos que se han presentado hasta ahora, a pesar de las dificultades que a menudo comportan, los participantes siempre hemos conseguido un grado apreciable de satisfacción. Los profesionales de los equipos, porque puedan obtener un punto de apoyo y de orientación en la toma de decisiones que, en general, han de tomar en condiciones complejas, y el conjunto del CEA porque confirma la importancia de mantener abiertas les posibilidades de reflexión de los problemas éticos en la tarea asistencial.

Junto a esta valoración positiva, los profesionales han manifestado a menudo algunas dudas sobre cómo presentar los casos/cómo identificar el problema ético/cómo obtener ayuda del Comité en la preparación del caso y en la dinámica de las sesiones del CEA se reconocen algunos aspectos mejorables como son: evitar que las discusiones sean dispersas/evitar convertirlas en una sesión clínica/moderar les expectativas sobre la capacidad de respuesta que tiene el Comité lo cual, en algunos casos, llega a generar sentimientos de frustración. Era necesario, definir, también, los criterios para la respuesta formal del CEA (contenido/plazo/forma verbal o escrita, etc.).

Obviamente, en tanto que instrumento, la aplicación del Guión Operativo es discrecional. Y, por supuesto, los profesionales, siempre que lo consideren oportuno, pueden pedir la colaboración de miembros del CEA, para asesorarse.

Objetivos

- Facilitar a los profesionales la presentación de casos.
- Orientar el proceso de reflexión en las sesiones de trabajo.
- Ayudar a obtener conclusiones razonadas sobre las medidas a decidir.
- Favorecer, en general, el interés en la adquisición de hábitos de reflexión en el análisis de casos.

El eje central lo constituyen tres apartados

- La historia clínica.
- Los principios de reflexión ética.
- El proceso de reflexión.

LA HISTORIA CLÍNICA

La Historia Clínica es el documento principal y el punto de partida para el análisis de un caso que plantea problemas éticos. De la corrección de sus datos, de la objetividad de sus diagnósticos, registros y contenidos, dependerá lo correcto de la reflexión ética, de otro modo, es posible llegar a conclusiones muy erróneas.

De Historia Clínica, pueden encontrarse diversos modelos y sistemas de utilización, según necesidades y tipos de institución. En ocasiones, también se presentan diferenciadas las de atención hospitalaria de las de atención en los centros ambulatorios.

DATOS DE INTERÉS PARA LA PRESENTACIÓN DE UN CASO

Datos generales:

- Filiación.
- Edad.
- Sexo.
- Procedencia.
- Situación legal (medidas penales u otras).

Descripción de los aspectos

- Médicos y Psicológicos:
 Diagnóstico, tratamiento, ingresos.
- Sociales:
 Familia, vivienda, trabajo, hábitos de vida diaria...
- Económicos:
 Recursos propios, pensiones...
- Espirituales:
 Manifestaciones, necesidades demandas...

Los problemas éticos...

... son quizás, la parte menos reconocida en la estructuración general de la Historia Clínica. Sin embargo cada vez es más frecuente, dada su importancia, que estos temas se traten de manera diferenciada y con registros propios. Los ámbitos de temas generales a considerar, en esta materia, son los siguientes:

Los valores

Conjunto de ideas, creencias, preferencias y opciones fundamentales, sobre las que se construyen los proyectos personales.

Las actitudes

Posiciones internas que dan lugar a los prejuicios y que a menudo condicionan las actuaciones.

Los documentos

- Consentimiento informado.
- Ingreso voluntario/involuntario.

- Competencia/Incompetencia del paciente.
- Testamento vital.
- Registro de informaciones dadas al paciente (y evaluación del nivel de comprensión).
- · Tutores.
- · Seguimiento del proceso, etc.

LOS PRINCIPIOS DE REFLEXIÓN ÉTICA

Cuatro principios básicos:

- Beneficiencia. Desde donde se hace una justificación razonada de las medidas que se proponen, en beneficio del paciente.
- No Maleficiencia. Resolución según la evaluación de la relación riesgo/beneficio, que intenta minimizar al máximo el riesgo.
- Autonomía. Valoración de la capacidad de autonomía y justificación de en qué medida se han considerado las preferencias del paciente y su propia intervención en las resoluciones adoptadas, en relación a su proyecto de vida. Valoración de la competencia mental.
- Justicia. Relación de los factores sociales y económicos que se interfieren en la resolución adoptada. Intereses de terceros y/o distribución equitativa de los recursos.

EL PROCESO DE REFLEXIÓN LO CONFIGURAN LOS PASOS SIGUIENTES

■ Identificar

- Problemas.
- Valores del usuario y medida en que se tienen en cuenta.
- Conflicto entre valores.
- Dilemas que se plantean.
- Posiciones multidisciplinares diversas.
- Experiencias/vivencias que dificultan las decisiones.
- Consecuencias que justificarían una excepción.
- Opción por el mal menor.
- · Etc.

Jerarquizar

- Los problemas.
- Los valores en conflicto.

Consenso

Sobre el problema ético, llegar a acuerdos.

Preguntas

• Formuladas y, en su caso, dirigidas al CEA.

■ Conclusiones

- Decisiones sobre medidas finales.
- Definir criterios de seguimiento.

GUÍA PARA LA PRESENTACIÓN DE CASOS - Comité de Ética Asistencial

Presentación del Caso: 20'

(Siempre que sea posible, se enviará un resumen escrito, antes de la reunión, a la Secretaria del CEA.)

Historia Clínica: (datos generales)

Filiación/Edad/Sexo/Procedencia/Situación legal (medidas penales u otras).

Descripción de la situación actual sobre aspectos...

- Médicos y Psicológicos: Diagnóstico/Tratamiento/Ingresos.
- Sociales: Familia/Vivienda/Trabajo/Hábitos de vida diaria.
- Económicos: Recursos propios, Pensiones...
- Espirituales: Manifestaciones/Necesidades/Demandas...
- Elementos de reflexión que se hayan considerado: Principios/Valores/Actitudes/Documentos.

Turno de aclaraciones de los miembros del CEA: 20'

Cuestiones sobre los datos expuestos, haciendo las precisiones que sean necesarias para una correcta comprensión de todos los participantes.

Reflexión/Debate: 60'-90'

(Según convenga a cada caso, los profesionales que presenten el caso, participarán en el debate del CEA)

Proceso de reflexión

- Identificar y formular: problema principal/valores en conflicto
- Jerarquizar
- Consenso sobre el problema ético que se plantea.
- Opciones posibles: óptima/mal menor
- Preguntas que se formulan al CEA.

Conclusiones y comunicación de la respuesta

- Las conclusiones son la base de la respuesta a los profesionales.
- La respuesta del CEA siempre tiene carácter asesor.
- La forma de comunicar las conclusiones a los profesionales, verbal, escrita, individual o colectiva se ha de decidir en cada situación.
- El plazo será el más ágil posible y nunca superior a 15 días.

BIBLIOGRAFÍA

JOAN CARRERA i CARRERA. *Una ètica per a la bioètica*. Institut Borja de Bioètica. 1999.

FRANCESC TORRALBA i ROSELLÓ. *Antropologia del cuidar.* IBB. Fundació Mapfre Medicina 1998.

FRANCESC ABEL i FABRE. *Bioética: Orígenes, presente* y futuro. IBB. FMM. 2001.

JOSEPH GEVAERT. El problema del hombre Introd. Antropología. Filosófica. Sígueme. 1993.

FERNANDO SANTANDER (Coordinador). Ética y praxis psiquiátrica. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios.

Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental. *Carta de drets i deures*. Sant Boi de Llobregat. BCN.

Convenio relativo a los derechos humanos. Y la biomedicina. Consejo de Europa. 1996.

Dr. DIEGO GRACIA. Principios y metodología de la bioética.

Dr. Josep Ramos Montes y Dr. Josep M.ª Llovet Haya. *Compètencia mental i consentiment en els trastorns mentals severs*. (Programa Biomed-2) 1997.

Bioètica & debat. Institut Borja de Bioètica (art. diversos).

Libro blanco sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas afectas de trastorno mental. 2000.



Una compañía de

Dalkia

Mantenimineto Multitécnico Gestión Técnica de la Energía Instalaciones

Escultor Canet, 35 -37 08028 Barcelona **Tel.** 933 340 800 **Fax.** 933 345 037 E-mail: agefred@agefred.es

La competencia mental: concepto y evaluación

JOSEP M.ª LIOVET HAYA

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

a relación asistencial en salud, basada en los principios de: beneficio del paciente, respeto a su autonomía, justicia y no maleficencia; y dentro de un marco más general de, entre otros, la libertad, la democracia y respeto de los derechos humanos, ha producido cambios en el contexto y quehacer clínico concretado en nuevas herramientas que trasladan a la práctica sanitaria los principios teóricos antes reseñados. De especial importancia por su significada y amplia aplicación en la relación asistencial cotidiana se encuentra el Consentimiento Informado (CI).

El CI plasma una relación asistencial que valora muy mucho la información constante y actualizada del paciente y formaliza el contrato terapéutico. Al paciente se le ofrece el tratamiento o prueba que más le beneficie y las alternativas. Se le explica el procedimiento, de una forma clara y asequible, para que pueda llegar a una elección autónoma.

Para llegar a una elección autónoma el paciente necesita tener las capacidades mentales conservadas, al menos para poder valorar y decidir la situación concreta aquí y ahora; es decir, para aplicar el consentimiento informado el paciente debe ser competente.

La competencia mental es la base para aplicar con idoneidad el principio de autonomía. Tan nefasto es no respetar la autonomía del paciente como irracional y peligroso atender a las decisiones de una persona no competente.

DEFINICIÓN DE LA COMPETENCIA

a competencia se ha definido como: «la capacidad del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles con las consecuencias previsibles de cada uno de ellos para, a continuación, tomar, expresar y defender una decisión que sea coherente con su propia escala de valores». Dicho de otra manera, ser capaz de decidir sobre una alternativa terapéutica.

Ser capaz de decidir sobre una alternativa terapéutica.

En nuestro ámbito de trabajo, los servicios sanitarios, el término «competencia» hace alusión a la capacidad para tomar decisiones sanitarias, va sean de consentimiento o de rechazo de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico, incluida la hospitalización.

En principio la Competencia debe presumirse y en todo caso deberá demostrarse la incompetencia. Es decir, mientras no se demuestre lo contrario, todo sujeto es competente para la toma de decisiones sanitarias.

Cuando hablamos de competencia no hablamos de capacidad en abstracto sino de «capacidad para» (la toma de una determinada decisión); ésta debe calificarse en relación con una tarea.

La competencia es un atributo de las personas que tiene una gran variabilidad. Una persona puede ser competente para una decisión pero no para otra; además puede variar en un mismo individuo a lo largo del tiempo. Esto se entiende así porque la competencia está con relación a unas capacidades mentales y a un contexto que cambian de una persona a otra y de un momento a otro.

Un sinónimo de competencia es «capacidad», concepto manejado con frecuencia en contextos legales.

La evaluación de la Competencia es una de las tareas más complejas a las que el clínico ha de enfrentarse en el proceso del CI dados los múltiples factores que entran en juego, la dificultad de objetivarlos y cuantificarlos; y al mismo tiempo tener en cuenta sus propios valores. Intentaremos dar pautas y estrategias de evaluación, junto con algún instrumento al uso.

COMPETENCIA Y AUTONOMÍA

a Competencia es una concretización, «aquí y ahora», ✓ para una tarea determinada, de la capacidad, más general, de la autonomía. El concepto de Autonomía hace referencia a: autogobierno, libre albedrío, derecho a elegir, etc. La persona autónoma actúa libremente según un plan preestablecido de acuerdo a sus valores. Por el contrario, una persona con autonomía disminuida tiene dificultades para elaborar, razonar y/o expresar sus planes o deseos.

En el nivel teórico suelen distinguirse dos condiciones esenciales para la autonomía: la primera es la libertad, la independencia de influencias externas controladoras; y la segunda es la capacidad, es decir, los recursos mentales necesarios para desarrollar una conducta intencionada.

La conducta autónoma, en términos de elección adulta y libre, es aquella que: 1) actúa intencionadamente, 2) con comprensión y 3) sin influencias controladoras que alteren su conducta. La primera no tiene grado, los actos son intencionados o no; pero las otras dos condiciones tienen diferentes grados, con lo que se comprende que la acción autónoma cubre un amplio espectro.

Respetar a una persona autónoma significa, como mínimo, reconocer que está en su derecho de mantener sus opiniones, hacer elecciones y actuar basándose en sus valores y creencias. El respeto a la autonomía es sinónimo de respeto a la libertad, siendo esta última uno de los pilares básicos de la dignidad de la persona.

El respeto a la autonomía es sinónimo de respeto a la libertad, siendo esta última uno de los pilares básicos de la dignidad de la persona.

CINCO MÁXIMAS DE LA COMPETENCIA

■ La incapacidad legal está relacionada con la Competencia pero no es lo mismo. Hasta hace poco la presencia de un Trastorno Mental o un Retraso Mental eran sinónimos de incompetencia para los clínicos y también para el sistema Judicial. Pero esta idea está obsoleta. Hoy en día la presencia de un Tr. Mental no implica incompetencia. Un paciente puede estar psicótico o moderadamente demenciado y seguir siendo competente para todos o algunos de los tipos de decisiones. Esto en coherencia con el imperativo ético que dice que no se puede negar la competencia a una persona por el sólo hecho de estar enferma y de acuerdo con el hecho de que la competencia depende de las capacidades, que pueden estar mas o menos alteradas, y de la decisión a tomar que puede tener mayor o menor dificultad.

Evidentemente existe una relación entre el trastorno mental y la incapacidad legal. Sería incoherente encontrar a una persona incapacitada legalmente en ausencia de disfunción psíquica; la presencia de disfunción mental nos tiene que cuestionar la competencia del paciente y hasta qué punto están alteradas las funciones mentales involucradas en la toma de decisiones.

La incapacidad legal implica déficits funcionales. Lo que preocupa y concierne al sistema judicial son los efectos cognitivos concretos que producen los trastornos mentales en las personas. ¿Es el paciente capaz de entender? Si el paciente delira, ¿cómo alteran estas creencias su capacidad de tomar decisiones?, etc.

Entonces, ¿qué capacidades cognitivas serían relevantes cuando evaluamos la capacidad de decidir de un paciente?

Los requerimientos judiciales habituales, desarrollados durante siglos, se centran en determinadas habilidades mentales que incluyen: (1) **entender** la información suministrada durante el proceso del consentimiento informado, (2) **valorar** la información según las propias circunstancias, (3) **razonar** la información y (4) **expresar** una elección.

- La incompetencia legal depende de las demandas funcionales. Para que una persona sea competente en el ámbito legal, sus habilidades deben poder manejar las demandas de una determinada tarea o situación. Es la tarea concreta la que define qué debe ser capaz de hacer la persona evaluada para ser considerada, o no, competente. Podemos plasmarlo en tres subapartados:
 - Demandas según las áreas de competencia con relación a una tarea concreta. Hasta hace poco las personas eran consideradas capaces o incapaces para cualquier tarea. Actualmente matizamos y distinguimos entre las tareas. Ser competente para una no implica serlo para otra y viceversa. Por ejemplo, una persona anciana, con moderada demencia puede ser incapaz de administrarse pero ser competente para decidir si quiere ser intervenida de un problema dental o elegir entre un tratamiento muy intrusivo con pronóstico excelente vs. un tratamiento menos intrusivo con un pronóstico bueno.

La incapacidad de una persona para una tarea no debe crear la presunción de incapacidad para todas.

Resumiendo, la incapacidad de una persona para una tarea no debe crear la presunción de incapacidad para todas.

- Demandas de la decisión específica. Hasta en la misma área de decisiones, como por ejemplo: las decisiones sobre tratamientos, las circunstancias clínicas individuales harán variar las demandas sobre la competencia de un paciente. Diferentes enfermedades así como sus tratamientos, beneficios y riesgos serán más o menos complejos y sus consecuencias también. Se entiende que el clínico debe considerar la naturaleza de los problemas de decisión con que se enfrenta el paciente, a la luz de su propia enfermedad y las opciones terapéuticas relevantes, para comprender las demandas de habilidades que se hacen al paciente.
- Variaciones situacionales de las demandas. Además de la naturaleza concreta de las elecciones sobre tratamientos que el paciente enfrenta, los contextos médicos y sociales en los que deben decidir incrementarán o disminuirán las demandas en la tarea de decidir.



Instal·lacions especifiques de establiments sanitaris Instal·lacions d'electricitat (alta i baixa tensió) Instal·lacions de seguretat Instal·lacions contraincendis Instal·lacions de comunicacions Instal·lacions de control

c/ Bonsoms, 15-17 08028 BARCELONA

Telf.: 93 448 75 00

Fax: 93 448 75 02

E-mail: agelectric@agelectric.com

Por ejemplo, en situaciones de urgencia puede ser necesario tomar decisiones con rapidez, pero en otras, el clínico puede estabilizar la lesión o emplear anestésicos que permitan la dilación de la intervención y, de ese modo, dar tiempo a los pacientes para que puedan considerar las opciones. En general, ésta última situación implica menor nivel de demanda sobre las capacidades de decisión del paciente.

En resumen, de todo lo dicho, se desprende que la competencia no depende simplemente de las capacidades del paciente, si no del encuentro o desencuentro entre estas capacidades y las demandas de la decisión en la situación concreta que enfrenta el paciente.

La incompetencia legal depende de las consecuencias. Debemos interferir tan poco como sea posible con el derecho a que el paciente tome decisiones autónomas. Algunos límites de este derecho son, sin duda, y están justificados ética y legalmente, en las ocasiones en que las condiciones mentales alteran las capacidades de tomar decisiones y que probablemente serían motivo de daño para él mismo si tales decisiones se ponen en práctica.

De esta manera ajustaremos el nivel de capacidad requerido, para arriba o para abajo, dependiendo del nivel de daño asociado a su probable decisión.

Subtipos de decisiones (ESCALA MOBIL DE DRANE):

- Tratamiento de alto beneficio y bajo riesgo. Habitualmente se requiere un nivel bajo en el caso de aceptar la opción terapéutica, ya que se trata de un tratamiento que lo mejorará mucho y no tiene riesgos. Al contrario, se subirá el nivel de competencia si el paciente rechaza el tratamiento. La lógica para la diferencia estriba en que existe un valor cultural y médico que busca los mejores intereses para el paciente y que no desea que algún paciente se vea privado de tratamiento cuando el rechazo puede ser debido a una alteración del estado psíquico.
- Tratamiento de bajo beneficio y alto riesgo. Esta situación representa la contraria de la anterior. El paciente acepta un tratamiento que probablemente le ofrecerá pocos beneficios y, por el contrario, le pone en riesgo de graves consecuencias o le deja a merced de su proceso patológico. Los ejemplos pueden incluir: elegir unos enemas de hierbas para el tratamiento de un cáncer de colon o enfrentarse a una operación de corazón artificial sin posibilidad alguna de buena evolución. Nuestro interés en proteger la salud de las personas demanda subir el nivel de competencia exigido en esas situaciones.
- Beneficio escaso o moderado y riesgo bajo o moderado. Cuando el paciente tiene que elegir un tratamiento de algún beneficio y sólo de riesgo moderado se requerirá un nivel bajo de capacidades.

De lo dicho se desprende que en las situaciones de «bajo» nivel de exigencia se permite cierta incompetencia y en las de «alta» exigencia se permite menor alteración de las capacidades. Pero raramente, aún las exigencias «altas», implican más habilidades de las que tiene una persona corriente, sin trastorno mental.

Naturalmente, los clínicos pueden valorar de forma diferente qué se considera un tratamiento de «alto bene-

- ficio» o «bajo» beneficio. Más adelante examinaremos con más detalle otros factores que se deben tener en cuenta ante situaciones específicas.
- La incompetencia legal puede cambiar. Antes la incompetencia legal se consideraba un estado más o menos perenne. Una vez un paciente había sido declarado incapaz, habían pocas razones para revisar el tema.

Pero la legislación moderna, aún con déficits, no considera la incapacidad una situación estática. Reconoce que los estados cognitivos o emocionales pueden fluctuar o, incluso, cambiar; esto influye directamente en la capacidad y competencia de las personas. El tratamiento puede mejorar las capacidades de algunos pacientes en pocas semanas. En otros casos el mismo proceso patológico fluctúa o mejora espontáneamente o a temporadas.

Ya que la competencia varía en el tiempo, debe ser reevaluada periódicamente. Al revés, en las situaciones deteriorantes, la competencia del paciente debe ser reconsiderada.

HABILIDADES MENTALES RELACIONADAS CON LA COMPETENCIA

e distinguen cuatro habilidades relacionadas con la competencia, a saber:

- La habilidad o capacidad de expresar una elección.
- La capacidad de entender la información relevante para la toma de la decisión.
- Capacidad de valorar el significado de esa información con relación a la propia situación, especialmente en lo referente a la propia enfermedad y las probables consecuencias de las opciones de tratamiento.
- Razonar, manejando la información relevante, para desarrollar un proceso lógico de adecuada consideración de las opciones terapéuticas.

Debemos hacer unas consideraciones antes de entrar a explicar con mayor amplitud y detalle las habilidades que entran en juego en la competencia mental y la capacidad de llevar a la práctica un consentimiento informado. Primeramente, las habilidades implicadas no son del tipo «todo o nada». Raramente nos encontraremos con pacientes que tienen o no dichas habilidades; por el contrario, de forma usual, los pacientes manifiestan todas estas habilidades pero en niveles variables. Una segunda razón radica en el hecho de que no existe una relación directa y simple entre las cuatro habilidades - separadas a efecto de mejor comprensión del proceso— y la competencia; las diversas habilidades interactúan entre ellas.

Expresar una elección

Si el paciente es incapaz de expresar una elección ya no suele tener sentido explorar las otras capacidades. Por el contrario, no consideraremos que un paciente es competente por el simple hecho de ser capaz de expresar una elección, más si otras habilidades son deficientes.

En la práctica clínica nos encontraremos con pacientes con mutismo, afasia o coma que son incapaces de comunicarse. Otros mostrarán incapacidad de elección con dudas, cambios frecuentes de opinión o gran ambivalencia.

El simple hecho de ser incapaz de hablar, obviamente, no significa necesariamente que no se pueda comunicar una elección mediante signos o por escrito. Tenemos, a la orden del día, dificultades idiomáticas —en el contexto del fenómeno migratorio— que pueden dificultar este punto.

Entender la información

La doctrina del CI incluye la noción de que el paciente que se enfrenta a una decisión debe tener acceso a una buena información: clara, relevante, etc.; que describa la enfermedad o el procedimiento, las formas de tratarlo, sus ventajas y riesgos, de la forma que ayude a la mejor comprensión por el paciente.

El paciente necesita una integridad sensorial y una determinada atención; además de un procesamiento adecuado de la información que permita un registro y memorización consistente con la base anterior de conocimientos de la persona.

No sorprenderá que digamos que, la comprensión, se relaciona, en parte, con el nivel intelectivo. Las personas con retraso mental variarán considerablemente en sus capacidades para comprender la información y que algunas situaciones clínicas son más fáciles que otras. Pero no hay duda que sus limitadas capacidades intelectivas les sitúan en un mayor riesgo de comprensión inadecuada.

Los trastornos mentales son un grupo de riesgo en la comprensión, pero menor de lo esperado. Algunos estudios hallan una afectación en la comprensión en un 25 % de los pacientes con Esquizofrenia.

Debemos señalar que un amplio abanico de situaciones clínicas pueden disminuir la comprensión de los pacientes: diversas enfermedades y lesiones afectan el sensorio y los procesos cognitivos, algunos medicamentos y el propio estado emocional de padecer una enfermedad.

El preguntar a los pacientes sobre qué se les ha explicado nos indicará qué han comprendido realmente. También sabremos que nos han entendido si hacen o dicen cosas esperables después de la información que les hemos dado. Es fundamental que la persona sea capaz de recordar información relevante cuando nos comunican su decisión, eso indicará que comprendió adecuadamente.

Valorar la información

La capacidad de valorar la información sobre la situación implica, en primer lugar, ser consciente del trastorno que se padece y conocer las consecuencias del mismo. Algunos estados emocionales, déficits cognitivos o procesos psicopatológicos hacen que el paciente no acepte su trastorno, su relevancia y sus posibles tratamientos y consecuencias. Pueden tener ideas o creencias equivocadas consecuencia de sus mecanismos de negación, distorsión de la realidad o delirios.

Aunque puede parecer que entender la información y valorarla son procesos idénticos, tenemos evidencia empírica que apoya la variación independiente de cada una y su influencia por factores diferentes.

La valoración o apreciación del trastorno que hace el paciente es frecuentemente un asunto delicado, fuente de discusiones y tensión en la relación médico-paciente. Algunos pacientes no creerán lo que se les dice sobre su enfermedad y podrán argumentar ideas razonables que pongan en cuestión la opinión del facultativo. El mero desacuerdo con el médico en la caracterización o definición de una situación dada, no constituye una base adecuada para concluir que una persona es incompetente. Para concluir que el paciente tiene una valoración deficiente deberá cumplir una serie de criterios: primero, la creencia del paciente debe ser claramente irracional, no realista o significar una distorsión considerable de la realidad; segundo, la creencia «errónea» debe ser consecuencia de una cognición o afecto distorsionado; y, tercero, la creencia debe tener un papel relevante sobre la decisión terapéutica.

La valoración deficiente se asocia a la falta de conciencia de enfermedad o «insight» deficiente, típico de las psicosis y otros trastornos delirantes. Aunque la negación, como fenómeno psicológico de una cualidad y cantidad diferente de la falta de conciencia de enfermedad, también puede alterar la valoración.

Evidentemente, como consecuencia de lo expuesto, para examinar la valoración del paciente, necesitamos explorar con detalle suficiente las premisas o creencias que subvacen al razonamiento del paciente.

Razonamiento

Es un concepto que hace referencia a la capacidad de manejar la información de forma racional, poniendo en marcha un proceso de pensamiento lógico. Una vez se ha entendido y valorado la información se razonará hasta llegar a una decisión.

Lo nuclear del razonamiento es el proceso, cómo se procesa la información. Distinguimos una serie de posibles deficiencias en ese proceso: primero, un problema de focalización, es necesario que el paciente se focalice o se centre en la decisión a tomar, sin que otros problemas o preocupaciones interfieran en el proceso; segundo, el

Para explorar esta capacidad deberemos pedirle al paciente que «piense en voz alta».

paciente debe poder considerar las diferentes opciones sin limitarlas en exceso; tercero, debe poder considerar e imaginar las consecuencias, los riesgos y beneficios y el impacto en su vida diaria; cuarto, debe valorar la probabilidad de las posibles consecuencias —si una consecuencia es grave pero muy poco probable, «pesaría» poco—; quinto, dar una importancia subjetiva (según sus valores) a las posibles consecuencias; y, sexto, deliberar, proceder a compara las consecuencias, sus probabilidades y su valoración personal.

Diversos procesos patológicos deterioran la capacidad de razonar, destacan las demencias y otros trastornos cognitivos. Las personas normales varían en sus predisposiciones a la ansiedad o a la reactividad emocional que pueden limitar su capacidad de razonamiento.

Para explorar esta capacidad deberemos pedirle al paciente que «piense en voz alta», que nos reproduzca cómo ha procesado la información o sencillamente cómo llegó a la decisión.

¿CUÁNDO EVALUAR LA COMPETENCIA?

e una forma inconsciente, lo reconozcan o no, la mayoría de los clínicos evalúan las capacidades de sus pacientes como parte de cualquier visita o evaluación clínica.

Podemos distinguir una serie de circunstancias que alertan sobre una posible alteración de la competencia:

 Cambios súbitos en el estado psíquico (psicopatología). Las personas ancianas, principalmente, son proclives a cambios súbitos en el estado mental debido a diversas alteraciones metabólicas, efectos secundarios de la medicación, cansancio, etc.

El paciente puede presentarse confundido o desorientado o mostrar, tan sólo, cambios sutiles en su comportamiento.

 Cuando el paciente rechaza el tratamiento. Aunque el mero rechazo de las recomendaciones médicas NO indica, obviamente, la falta de competencia y, de hecho, ha sido un caballo de batalla el evitar hacer equivalente el rechazo con la incompetencia, también es verdad que, existen un par de buenas razones para estar alerta y ser sensibles en estos casos.

La primera, es que el médico propone, habitualmente,

un tratamiento eficaz y con el menor riesgo. Por lo tanto, rechazar este tratamiento implica riesgos y es de pura lógica cuestionarse la competencia del paciente que lo rechaza.

La segunda justificación parte de la experiencia empírica de que muchos de los pacientes que rechazan un tratamiento tienen alteradas sus capacidades de decisión. Ciertamente la mayoría de interconsultas a Psiquiatría, en los hospitales generales, son para valorar la competencia de pacientes que rechazan el tratamiento.

 Cuando el paciente consiente un tratamiento de especial riesgo o invasividad. Debemos estar sensibles al hecho de que si el paciente consiente una intervención peligrosa puede significar que no ha entendido o valorado adecuadamente su tesitura. Como parte de nuestro trabajo es proteger los intereses, habitualmente muy vulnerables por el propio proceso patológico, de los pacientes, evaluaremos la competencia del paciente ante la duda. Podremos proseguir adecuadamente, ante un procedimiento de riesgo, si la competencia ha sido valorada.

De forma similar aplicaremos este proceder en casos de investigación, en particular si el protocolo de investigación ofrece pocas posibilidades de beneficio para los participantes; por supuesto, esta directriz se aplica con mayor énfasis, si cabe, en los casos de investigación con enfermos mentales.

 Cuando el paciente presenta uno o mas factores de riesgo para la NO competencia. Estos pueden ser según el estado psicopatológico (estado mental o presencia de diagnóstico psiquiátrico) u otros factores clínicos que relataremos mas adelante.

En cuanto al diagnóstico: ningún diagnóstico psiquiátrico presume la no competencia del paciente. Hace algún tiempo se consideraba que determinadas patologías: psicosis, retraso mental, demencia, etc. constituían sinónimos de falta de competencia. La situación ha cambiado radicalmente y actualmente se reconoce que cada caso debe valorarse de forma individualizada según el estado psicopatológico actual y la dificultad de la decisión a enfrentar.

Vamos a repasar por diagnóstico. Primeramente los trastornos mentales orgánicos: demencia, delirium y otros trastornos cognitivos. Este grupo diagnóstico es el que con más frecuencia se asocia a la no competencia. Pero no hay que olvidar que hasta en el grupo de las demencias, motivo de invalidez psíquica, existen considerables variaciones en las capacidades mentales. En las Psicosis, cuyo paradigma es la Esquizofrenia, existe una asociación con la no competencia. Sin embargo, entre los pacientes con Esquizofrenia, hallamos una gran heterogeneidad; tienen más déficit en sus capacidades los que presentan altas puntuaciones —en las escalas de psicopatología— en trastorno del curso del pensamiento y presencia de delirios. El Cociente intelectual bajo que se asocia de forma comórbida en algunos pacientes con Esquizofrenia conlleva unos niveles más bajos de competencia.

Los pacientes deprimidos (Depresión mayor), funcio-

nan peor que los sujetos control en los apartados de comprensión y razonamiento, también fallan en la valoración de las posibilidades de éxito en su tratamiento. De lo dicho, queremos aclarar que son ideas muy generales ya que existen muchos «grados» de depresión y según el grado y momento evolutivo la competencia variará mucho.

Otros factores clínicos que afectan a la competencia: La presencia de síntomas clínicos psíquicos, sin llegar a conformar una entidad nosológica, sitúan al paciente en riesgo de disminuir su nivel de competencia. La ansiedad interfiere con la atención, el procesamiento de la información y la capacidad de razonamiento; de forma proporcional a su intensidad. Existe un efecto aditivo entre la ansiedad, depresión y otros síntomas psicopatológicos, que pueden afectar considerablemente la competencia.

Existen diversas escalas de síntomas psíquicos (psicopatología) que correlacionan y pueden ayudar a «medir» la competencia. Así el BPRS (Escala breve de psicopatología) se ha asociado, en muchos estudios, a la capacidad en el proceso de toma de decisiones en salud. El Mini-mental, que valora de forma general el estado cognitivo, se ha asociado, también, con las habilidades que nos ocupan. Otros test neuropsicológicos, que valoran el estado cognitivo, en particular los que evalúan el funcionamiento del lóbulo temporal, relacionan con la capacidad de razonamiento y toma de decisiones.

Por otro lado, la medicación psicotropa (psicofármacos) y otros fármacos de uso general (como, por ejemplo, los antihipertensivos, antihistamínicos, corticoides, etc.) pueden alterar el estado psíquico y por tanto la competencia, especialmente en aquellas personas que presentan un estadio preclínico de la demencia.

¿QUIÉN Y CÓMO EVALUAR LA COMPETENCIA?

a valoración de la competencia, en la buena práctica ca clínica, es parte de la relación médico-paciente y del «día a día». Enfermería y otros cuidadores directos, que tienen un contacto regular y cercano al paciente, juegan un papel principal a la hora de identificar pacientes de riesgo de no competencia y plantearse, conjuntamente con el personal médico, otras exploraciones y valoraciones.

La valoración directa de la competencia recaerá en general sobre el médico que lleva el caso ya que conoce los antecedentes, el diagnóstico, el tratamiento actual,



MEDICINA NUCLEAR

TIROIDES • PARATIROIDES Y SUPRARRENALES • GLÁNDULAS SALIVARES • ESÓFAGO • ESTÓMAGO E INTESTINO • HÍGADO Y VÍAS BILIARES • PULMÓN Y CORAZÓN (GATED-SPECT CARDÍACO CON CORRECCIÓN DE ATENUACIÓN) • VASOS SANGUÍNEOS Y LINFÁTICOS • SISTEMA MÚSCULO-ESQUELÉTICO • RIÑÓN Y SISTEMA EXCRETOR • SPECT CEREBRAL • PET.

DENSITOMETRÍA ÓSEA Y MORFOMETRÍA

ECOGRAFÍA

ABDOMINAL • PARTES BLANDAS: CERVICAL, MAMARIA, ESCROTAL, PENEANA, MÚSCULO-TENDINOSA • GINECOLOGÍAY OBSTETRICIA • ENDOCAVITARIA: TRANSRECTAL, TRANSVAGINALY ENDOANAL • DOPPLER COLOR VASCULAR: PERIFÉRICO, ABDOMINALY OBSTÉTRICO • ECOCARDIOGRAFÍA DOPPLER COLOR: TRANSTORÁCICA Y TRANSESOFÁGICA • PUNCIÓN ASPIRATIVA CON AGUJA FINA • PUNCIÓN BIOPSIA.

MAMOGRAFÍA

TERAPÉUTICA

METABÓLICAY ENDOCAVITARIA.

RADIOLOGÍA

RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA Y TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA.

C. Londres n.º 6, D9 -Tel. 93 444 35 00 - Fax 93 444 35 05 - 08029 BARCELONA

etc. y, a la vez, podrá valorar el estado mental del sujeto. El estado mental o psicopatológico se explora por áreas: atención, orientación, curso y contenido del pensamiento, estado de ánimo, lenguaje, memoria y funcionamiento cognitivo. Raramente se necesitará la presencia de un especialista o consultor.

CÓMO DESARROLLAREMOS LA VALORACIÓN

Drimeramente nos informaremos sobre las causas que han motivado la valoración: necesitamos saber la situación médica y las opciones a las que se enfrenta el paciente, las consecuencias de sus posibles elecciones, una descripción de qué provocó la consulta y, finalmente, averiguar el posible conflicto con el paciente que suele estar presente.

Posteriormente nos presentaremos al paciente y le explicaremos la razón y el propósito de la evaluación. Nos aseguraremos que ha sido informado convenientemente

del porqué de nuestra intervención.

La exploración en sí misma abordará los cuatro procesos ya conocidos. Empezaremos explorando la capacidad de expresar una elección, con preguntas tales como: «¿Ha decidido sobre el tratamiento que le propuso su médico?» o «¿Puede decirme cual es su decisión?». Seguiremos explorando la capacidad de entender la información relevante. Es útil pedir a los pacientes que parafraseen la información que han recibido para soslayar el riesgo de que repitan, sin más, la información que han recibido. Les pediremos que nos digan, con sus propias palabras, cual es su enfermedad o problema, el tratamiento o pruebas diagnósticas propuestas, los riesgos y beneficios del tratamiento, los riesgos y beneficios de las alternativas terapéuticas y los riesgos y beneficios de no hacer ningún tratamiento. Haremos hincapié en si han entendido la información sobre los riesgos del tratamiento, que es de importancia primordial, sugerimos: «¿Le ha contado el médico los riesgos de este tratamiento. ¿Cómo explicaría usted la probabilidad de que esto ocurra?».

Siempre es útil, en un plano más general, aclarar con los pacientes él por qué se les da información y qué papel se espera de ellos. Podemos preguntarles: «¿Cuál es la razón de que su médico le haya dado toda esa información?»; «¿Qué papel juega usted a la hora de decidir sobre el tratamiento?», etc.

Para explorar la **comprensión** que tiene el paciente de la información dada sugerimos las siguientes preguntas: «¿Cree que realmente tiene un problema de salud?»; «¿Cree que necesita algún tipo de tratamiento?»; «¿Cuál es el efecto del tratamiento y por qué?»; «¿Qué cree que le pasará si no se trata?»; «¿Por qué cree que su médico le ha recomendado tal tratamiento?».

En cuanto al razonamiento, exploraremos el proceso que ha seguido el paciente para su elección. Aclararemos si el paciente ha tenido en cuenta los factores más importantes, si ha tenido en cuenta las diferentes opciones v si ha llegado a una conclusión coherente con las premisas de las que partió. Esta exploración la haremos preguntando: «¿Cuénteme, por favor, cómo ha llegado a decidir el aceptar (o rechazar) el tratamiento propuesto?» «¿Cuáles han sido los factores más importantes que usted ha tenido presentes para decidir?» «¿Cómo ha sopesado los diferentes factores?».

TÉCNICAS PARA MEJORAR LA COMPETENCIA

e forma coherente con el principio de respeto de la autonomía, es deseable ayudar al paciente para que éste pueda hacer sus propias elecciones. Por otra parte, desde un punto de vista práctico, siempre es mejor involucrar al paciente en su tratamiento para mejorar su motivación y cumplimiento.

Para mejorar el rendimiento del paciente deberemos averiguar las causas de su disfunción e intervenir para

solucionarlas o controlarlas.

De forma general podemos adelantar unas pautas de intervención. Primeramente procuraremos mejorar la forma en que se transmite la información: explicaciones por escrito después de habérselo contado al paciente, diagramas e ilustraciones o soporte en vídeo y el uso de traductores, si es el caso. Segundo, abordaremos aspectos psicodinámicos, de factores emocionales que afecten la competencia: abordaremos y corregiremos mecanismos de defensa que están alterando la compresión y la valoración, ej.: la negación, ideas sobrevaloradas, etc. (pequeñas intervenciones psicoterapéuticas). Como tercera herramienta tenemos los medicamentos, entendiendo su función tanto como posibles causas de disfunción —ya señalados: analgésicos, esteroides, digital, antihipertensivos, etc. — como agentes de mejora: los analgésicos pueden, al aliviar el dolor, mejorar la atención y comprensión; los psicofármacos mejorarán el estado mental del paciente psiquiátrico, y la resolución farmacológica de los problemas metabólicos o endocrinos ayudará a restablecer las funciones psíquicas. Si es posible esperaremos a que nuestras intervenciones sean efectivas antes de determinar la capacidad o no. Por último, y no menos importante, procuraremos aportar cualquier tipo de soporte situacional o de contexto. La presencia de la familia, amigos u otra presencia que tranquilice y dé seguridad en el estresante ambiente hospitalario. Por otro lado el paciente puede buscar ayuda y apoyo en su decisión en esas mismas personas, si es su deseo (en este caso deben ser informadas para poder opinar). Un cambio de médico de la misma étnia ha solucionado algún conflicto. Y es evidente que proporcionar un ambiente tranquilo y privado constituye un factor de primera magnitud para que el paciente pueda decidir en óptimas condiciones.

LA PRUEBA MACARTHUR PARA VALORACIÓN DE LA COMPETENCIA

Este test, también denominado MacCAT-T, es una herramienta que permite obtener la información de forma organizada (es un test semiestructurado), breve (de 15 a 20 minutos en la pasación), puede ser puntuado y por tanto cuantificado y permite tener documentado el caso para ulteriores discusiones o peritajes.

Consiste en un cuestionario que recoge las cuatro fases en las que hemos dividido la competencia (información, valoración, razonamiento y decisión) con diversos apartados para los diferentes puntos de cada fase. En estos apartados se describe el trastorno, riesgos y beneficios, etc. permitiendo contrastar con lo que dice el paciente (se toma nota). Luego cada apartado recibe una puntuación, global y por apartados.

ANEXO

Evaluando competencia mental para una decisión sobre la salud

Las funciones psíquicas comprometidas en la toma de decisión son todas. Especial relevancia en: orientación, atención, memoria, pensamiento abstracto, juicio de realidad, razonamiento.

Explorando:

- ¿Cómo está su funcionamiento mental?
 Explorar las funciones citadas; si hace falta, pasar un Mini Mental.
- 2. ¿El paciente entiende la información?

 Hacerle explicar, con sus palabras, en qué consiste la enfermedad, qué pruebas se han propuesto, los riesgos y los beneficios de cada alternativa, qué pasa si no hacemos nada.
- 3. ¿Puede apreciar la información con relación a las circunstancias propias?
 Preguntar cuál es la razón por la cual le hemos

Preguntar cuál es la razón por la cual le hemos dado toda esta información. Pedir qué le afecta más personalmente, con relación a la información anterior.

- 4. ¿Puede razonar a partir de la información? ¿Qué le ha hecho optar por esta decisión? ¿Qué factores ha valorado más?
- ¿Puede expresar una elección? Pedírselo.

Hay que tener presente el funcionamiento del paciente con relación a las demandas funcionales que implica la elección concreta (diferentes para cada decisión), y especialmente comprobar si el paciente reconoce las consecuencias de su elección (cuanto más negativas y graves, más requerimientos hacen falta para ser competente). La revalorización de la competencia ha de ser continua, y siempre que:

- Se produzca un cambio brusco en el estado mental.
- Cuando el profesional no entiende, honestamente, las razones de un rechazo de tratamiento.
- Cuando el paciente da fácilmente consentimiento para una intervención de especial riesgo o incomodidad, o bien cuando se modifica sin motivos racionales una decisión anterior y reciente.
- Cuando cambia el problema o la demanda a decidir.

Los trastornos mentales orgánicos, la agitación psicomotriz, la psicosis aguda y la depresión grave son factores limitativos muy importantes. Hay que estar atentos también a otros factores de riesgo que pueden ser psicológicos, situacionales, etc...

Puede ser muy importante mejorar las condiciones en las que se tiene que producir la evaluación: el profesional más "significativo" para el paciente puede no ser el médico, se puede valorar o pedir, si conviene, la presencia y participación de un familiar o un amigo, si es posible retrasar la decisión final, etc...

BIBLIOGRAFÍA

THOMAS GRISSO y PAUL S. APPELBAUM. Assessing competence to consent to treatment. Oxford University Press. Nueva York, 1998.

TOM L. BEAUCHAMP y JAMES F. CHILDRESS. *Principles of Biomedical Ethics* (4.ª Ed.). Oxford University Press. Nueva York, 1994.

FERNANDO SANTANADER. Ética y Praxis Psiquiátrica. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid, 2000.

ANNA L. GRIMES et al. *Informed consent and neuroanatomic correlates of intentionality and voluntariness among psychiatric patients*. Psychiatric Services, Dec. 2000. Vol 51. N.º 12.

FRANCESC TORRALBA. Los límites del principio de Autonomía. Consideraciones filosóficas. Junio, 1997.

PAUL G. STILES. *Improving understanding of research consent disclouseres among persons with mental illness*. Psychiatric Services. June, 2001. Vol. 59. N.º 6.

La competencia mental y el internamiento involuntario en psiquiatría: entre el derecho y la bioética

JOSEP RAMOS MONTES

INTRODUCCIÓN

🗔 s conocido que no es hasta la segunda mitad del pasado siglo XX cuando la Psiquiatría, en tanto que especialidad médica, empieza a tener un cierto estatuto epistemiológico dentro de las ciencias aplicadas de la naturaleza. A pesar de esto, es cierto que todavía existen importantes cuestiones sobre la fundamentación de este estatuto, especialmente cuando consideramos como objeto de su estudio, no la enfermedad en sentido estricto (cuestión esta también discutida, ante la ausencia de conocimientos etiopatogénicos suficientes), sino la conducta humana anormal. Se trata de un enfoque que abre inmediatamente la pregunta sobre cual es, pues, la base fisiopatológica, es decir, psicológica «normal» de esta conducta. Y está claro que la psicología no tiene, todavía hoy, una respuesta.

Durante la última década, los conocimientos sobre el funcionamiento cerebral han aumentado de manera espectacular. Y con ellos, el convencimiento por parte de los neurocientíficos que estamos ante una de las realidades más complejas y «misteriosas» a las que nos hemos enfrentado nunca. En el cerebro humano, órgano y proceso son inseparables e interactúan permanentemente, de manera más intensa en los primeros años de la vida. Pero avanzar en el conocimiento científico implica la parcelación de la realidad: necesitamos separar, por ejemplo, las emociones o los deseos inconscientes de los valores personales, el tipo de funcionamiento cognitivo dominante de los síntomas de una enfermedad mental o de la estructura familiar introyectada. Todo esto -y la potencialidad del cambio de todo esto-

es igualmente cerebro.

A pesar de los numerosos interrogantes teóricos y prácticos a los que nos enfrentamos, ahora más que antes pero también hace 200 años, la Psiquiatría se legitima fundamentalmente por su capacidad pragmática de resolver un problema social: ¿qué hacemos con los enfermos mentales?1.

La manera de abordar la asistencia a los enfermos mentales ha ido cambiando históricamente, como no podía ser menos, en función de los avances tecnológicos de la disciplina y de la mayor exigencia social de respeto, por parte de los poderes públicos en general, hacia el derecho y las libertades de las personas². La Psiquiatría, en su etapa precientífica, nace con la Revolución francesa, en forma de movimiento «alienista», y no es hasta principios del siglo XX, con las figuras de Kraepelin (apoyando la base médica y organogenética), Freud (desde el polo opuesto, la psicogenésis) y una cierta síntesis bastante exitosa de ambos, Eugène Bleuler, cuando empieza a legitimarse en los círculos médicos. A pesar de esto, hace falta reconocer una primera gran aportación «en favor de los alienados», producto de la revolución ilustrada, hacia mediados del siglo XIX, con la fundación de diversos asilos que promueven el «tratamiento moral» o las prácticas de «non contraint» 3.

A principios del pasado siglo las denuncias realizadas por Clifford Beers, un enfermo mental, sobre las duras condiciones de la asistencia psiquiátrica, consolidaron un movimiento civil que llevará a la creación del National Committee for Mental Hygiene en EEUU (1909). Durante la II Guerra Mundial, la psiquiatría recuperó prestigio gracias a nuevas técnicas en el tratamiento inmediato de los combatientes. Poco después, en 1952, se sintetizó el primer neuroléptico realmente efectivo, la clorpromazina. Inmediatamente, importantes sociólogos americanos se interesan por los trastornos mentales y su relación con las estructuras sociales y con las prácticas asistenciales deshumanizadoras en vigor: Stanton y Schwartz (1954), Caudill (1958), Holligshead y Redlich (1958), seguidos ya en los años 60 por Thomas Szasz y, sobre todo, Goffman.

Todo esto construye las bases de una fuerte corriente de opinión —en la sociedad, en los profesionales— en

1. «No existe sincronismo entre la aparición de las ideas en psiquiatría y la de las prácticas. Ateniéndose a la una y la otra, lo único que observamos son traslados, tensiones entre un estado antiguo y uno nuevo, situaciones permanentemente críticas, anticipaciones y resurgimientos. Es como una gran dificultad para señalar los puntos de articulación en este continuo en el cual todo cambia. La historia de la psiquiatría se inscribe en la de las sociedades, la del movimiento de las ideas, la de las ciencias y las técnicas... Se inscribe pues, en la historia de las grandes crisis por las que han atravesado las sociedades.» (Postel y Quétel: Història de la Psiquiatria) (1)

2. Esta afirmación es válida sólo «grosso modo». Se tendría que matizar que los dos elementos citados —la mejora de las «tecnologías» psiquiátricas y la mayor sensibilidad social respecto a los derechos de las personas— están sujetos, por separado y en sus interrelaciones, a muchas limitaciones y contradicciones todavia hoy.

3. Pinel en Francia y W Tuke, primero y O'Connoly después, en Gran Bretaña, fueron los referentes principales de este movimiento.

contra de los métodos de control social, en realidad represivos, no sólo de las instituciones asistenciales, sino de la psiquiatría misma.

La antipsiquiatría se constituye en un discurso de denuncia hacia la sociedad injusta y generadora de enfermedad entre los vulnerables, y avala ideológicamente cualquier proceso de desinstitucionalización de miles de personas en todo el mundo occidental, incluidos cierres de centros sin alternativa asistencial por razones estrictamente economicistas 4. (2)

La Declaración de Hawai de la Asociación Mundial de Psiquiatría (1977) se hace amplio eco de la necesidad de aplicar, también a los enfermos psiquiátricos, el principio de autonomía a través del libre consentimiento de cualquier medida terapéutica, con la excepción temporal de situaciones de extrema severidad clínica y de los menores. El Informe Belmont (USA, 1978), aunque todavia enfocado a los principios éticos que han de presidir la experimentación con seres humanos, marca también un cambio fundamental para la psiquiatría.

Las viejas respuestas al viejo problema de qué hacer con los enfermos mentales quedaban definitivamente obsoletas. El proceso de desinstitucionalización, a pesar de sus errores y dificultades, cerraba un modelo de exclusión, quizás el más espectacular, pero abría otros territorios de marginación quizás no tan evidentes pero probablemente más complejos, hoy claramente presentes en nuestras sociedades neoliberales y globalizadas.

EL ENFERMO MENTAL GRAVE: ESTADOS PSICOPATOLÓGICOS Y DISCAPACIDAD

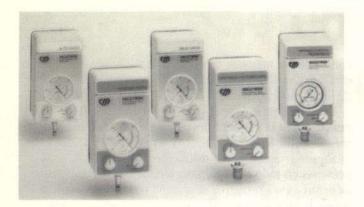
ulford y Hope (3) ponen de manifiesto las diferencias existentes en el concepto de trastorno mental en los países europeos, tal y como se utiliza desde el punto de vista de la práctica legal.

Epidemiológicamente, el campo de los trastornos mentales contiene una extraordinaria diversidad, los límites de la cual continuan cambiando. Es una prueba evidente la alta frecuencia con la que aparecen nuevas y diferentes clasificaciones nosológicas.

El estudio E. C. A. (4) y posteriormente el National Comorbidity Survey (5) realizados en USA, han contribuido a consolidar el concepto de Trastorno Mental Severo, definido como una patología psiquiátrica con crite-

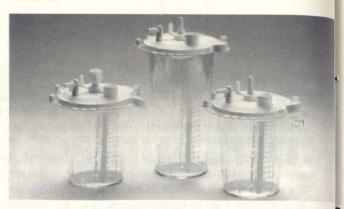
4. En los países anglosajones, y más tarde en Italia, se consiguió disminuir drásticamente el número de camas psiquiátricas y de personas institucionalizadas, aunque no se cubrieron adecuadamente las necesidades de las personas externadas ni de los «nuevos crónicos». En EEUU, de los 560.000 internados en 1955, habían sólo 120.000 en 1986. En España, en un proceso que empezó en 1978, se hicieron desaparecer el 66 % de las camas en dieciseis años y al menos 18 centros habían sido cerrados.

Reguladores de Vacío.



- Control exacto y preciso del vacío.
- Mínimo mantenimiento.
- Resistente a impactos.
- Vacuómetro codificado por colores.
- Funcionamiento silencioso.

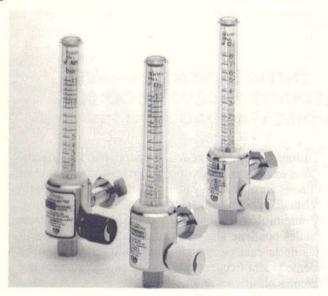
Sistema desechable para recolección de fluidos.



- Sistema desechable de cierre hermético, que impide su apertura accidental.
- Dos capacidades: 1.500 ml y 2.400 ml.
- Dos conexiones: Conexión a tubo y conexión diss.
- · Válvula seguridad standard.
- Posibilidad de conexión en tándem.
- · Completa gama de accesorios.

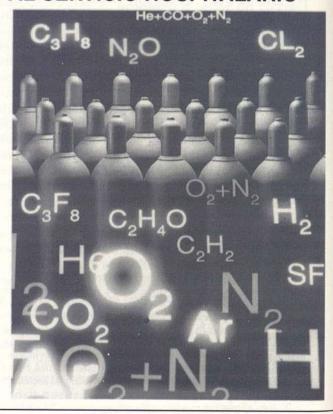
ULTRA FLO

Caudalímetros con rotamento de Oxígeno y Aire Medicinal.



- Alta precisión.
- · Fácil lectura.
- Gran resistencia.
- Sencillez de manejo.

GASES PUROS Y MEDICINALES AL SERVICIO HOSPITALARIO





Hospitalaria

rio de gravedad clínica y más de dos años de evolución, de forma contínua o episódica recurrente, y tendencia a producir discapacidades a lo largo de la vida. La gravedad clínica está definida como distorsión grave de la realidad, comportamiento abiertamente desadaptado y falta de contención o conductas de riesgo para sí o para terceros. Este concepto incluye los diagnósticos de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, autismo, así como las formas severas de otras patologías como la depresión mayor, la crisis de angustia con agorafobia y el trastorno obsesivo-compulsivo. Algunos trastornos de personalidad como el trastorno límite o borderline, pueden cumplir criterios de enfermedad mental severa. (6)

En cualquier caso, el concepto de enfermedad mental severa no sólo viene caracterizado por las alteraciones de las funciones superiores, sino también por el sufrimiento, las cargas individuales, familiares y sociales, y en general por las graves interferencias que generan en la vida cotidiana.

Aún así, la efectividad de los tratamientos combinados (farmacológicos o biológicos y psicosociales) y de la rehabilitación, ha aumentado mucho en los últimos años. En la actualidad, existe un consenso muy amplio respecto al beneficio terapéutico del tratamiento de estas personas, siempre que se tengan en cuenta todos los aspectos involucrados en la situación. A este beneficio se suma el ahorro económico que representa para la sociedad, mantener a estas personas adecuadamente tratadas, cuando se contabilizan todos los costes y no sólo los estrictamente sanitarios. (7, 8, 9).

Una característica fundamental de las personas con esta patología es su extrema vulnerabilidad ante las circunstancias de la vida, tanto si se trata de acontecimientos biológicos, psicológicos o sociales. Desde el punto de vista de la salud mental, el concepto de vulnerabilidad aparece como un elemento organizador imprescindible para el desarrollo sano del ser humano, incluso en tanto que especie. Sin la extrema fragilidad del recién nacido humano, no es posible explicarse el proceso interdependiente del desarrollo psicobiológico necesario para el crecimiento. Sin embargo, en las personas con trastorno mental severo este aspecto aparece de una manera mucho más débil, siendo probablemente diversos factores de vulnerabilidad, los que explican finalmente la mayoría de enfermedades. Socialmente es obligatorio aportar factores de protección externos —incluidas medidas de discriminación positivas—, que garantizan la equidad a personas que no tienen las mismas oportunidades de acceder a los recursos sociales.

Pero, ¿cómo es la discapacidad de un enfermo mental? Las enfermedades mentales graves son el grupo que más discapacidad, medida en «años vividos con discapacidad», generan en el mundo. (10)

Esto quiere decir que no pueden llevar una vida completamente autónoma, que no pueden trabajar, que necesitan un apoyo o una supervisión constantes... En el concepto técnico de discapacidad se mide sobre todo el funcionamiento social y las limitaciones para ejercer un rol social (ser padre o madre, una profesión...).

La naturaleza de muchas enfermedades mentales, por ejemplo la esquizofrenía o la depresión mayor, hace que evolucionen de manera errática o por episodios. Las fases de compensación y recuperación pueden ser largas. A diferencia de un enfermo demenciado o un deficiente psíquico de cierta intensidad, el enfermo mental no siempre está instalado en la patología. Además, a menudo un cambio de actitud positivo hacia el tratamiento o la rehabilitación, puede generar mejoras muy importantes. Esto abre algunas variables fundamentales:

- El estado cognitivo y la propia conciencia de sí (y de la enfermedad) pueden variar en el tiempo.
- La capacidad para ejercer un rol depende también de muchos factores: del estado mental, del apoyo informal recibido, de la atención profesional...
- El soporte profesional ha de cambiar en función de la evolución del enfermo.
- El tipo de asistencia recibida (que sea aceptable por el paciente, que no lo estigmatice, etc.), es un factor significativo en la evolución de la enfermedad.
- Las actitudes sociales (la imagen social del enfermo mental) determinan también la evolución del paciente; la discriminación frontal (no aceder a un trabajo por el hecho de tener un diagnóstico psiquiátrico), pero también la falta de estrategias de discriminación positiva, son factores claves.

Por la misma razón, la posibilidad de ejercer derechos y obligaciones como cualquier ciudadano, puede variar mucho en función de los factores citados.

Por esto, generalmente, el enfermo mental grave que vive en la comunidad es una persona frágil y muy vulnerable a los cambios normales de la vida (la negación de la enfermedad expresada en conductas de riesgo, la no aceptación de las autolimitaciones necesarias para su salud, el abandono del tratamiento, etc., son tentaciones permanentes).

Otros, en menor cantidad, están instalados en una situación mental y psicosocial extremadamente desestructurada, y requieren medidas de soporte y protección permanentes.

Para los profesionales de salud mental, todo esto tiene como consecuencia la necesidad de construir una relación asistencial compleja y cambiante, en función de la situación concreta del paciente, donde los conocimientos de diversas disciplinas han de poder ser integrados y donde la aplicación de criterios que pueden afectar a la calidad de vida de los pacientes y sus familias, son enormemente significativos. La base del pensamiento bioético es fundamental para intentar guiar o clarificar los frecuentes conflictos de valores que aparecen entre el paciente, la familia, el contexto social y el propio equipo terapéutico.

LA COMPETENCIA MENTAL EN LA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

a hemos comentado algunos aspectos referidos a la vulnerabilidad del paciente con un trastorno mental grave. En muchos de estos casos, no existe una conciencia suficiente de la enfermedad, o bien esta conciencia está distorsionada patológicamente. En esta situación, difícilmente el paciente puede participar de manera realista en las decisiones sobre su propia salud.

La competencia mental es la capacidad del paciente para, una vez entendida la situación, así como las alternativas de actuación posibles y sus probables consecuencias, escoger, expresar y defender una decisión consecuente con sus propios valores. (11)

Beauchamp y McCullough (1987) (12) señalaban que las características de una decisión autónoma tienen su fundamentación en un conocimiento suficiente, en la comprensión y la intencionalidad, y sin la influencia de coacciones internas y externas.

Las dificultades que comporta en la clínica la evaluación de la competencia mental en una situación concreta, son importantes. ¿En qué circunstancias se ha de considerar el principio del beneficio del paciente por encima del de autonomía? Por tanto, ¿cuándo se ha de forzar un tratamiento psiquiátrico en contra de la voluntad del paciente? ¿Sólo cuando represente un peligro para sí mismo o para los otros? ¿Se puede forzar en función de este riesgo de manera preventiva, en base a la predicción considerada por su terapeuta? El riesgo de rotura social, laboral o familiar, ¿tiene que ser considerado? ¿Y el de la exclusión social?

Desde el punto de vista de la distribución equitativa de los recursos, ¿se puede forzar a tratamiento ambulatorio a un individuo consumidor crónico e inadecuado de servicios de hospitalización?

Las instituciones de internamiento tradicionales, en un contexto social determinado, han respondido históricamente de manera muy clara a estas cuestiones, ya que estaban diseñadas de manera precisa para controlar las conductas inadaptadas o peligrosas de los individuos. Todavía hoy, no hay duda de que el control social de la conducta perturbada, aunque en otro escenario político y social, continúa estando en el núcleo de muchas intervenciones psiquiátricas. A menudo las propias familias, afectadas por el sufrimiento crónico que significa la existencia de una enfermedad mental grave en uno de sus miembros, entran en conflicto con los equipos terapéuticos porque los consideran poco intervencionistas o demasiado conniventes con las conductas de los pacientes. Igualmente, desde los ámbitos judiciales se pone mucho énfasis en la contundencia de las medidas de seguridad de los centros psiquiátricos, a menudo utilizados como una mera prolongación del sistema penitenciario, o se les presiona para que se hagan cargo de funciones de custodia, más que de terapia o rehabilitación. Finalmente, las propias instituciones de internamiento acaban aceptando, como síntomas tratables, conductas antisociales de personas plenamente competentes, con medidas puramente coercitivas.

La competencia se basa en una decisión autónoma orientada a una finalidad concreta. La autonomía es un continuum, una dimensión teóricamente cuantificable que puede aumentar o disminuir. La competencia en cambio, es dicotómica, categorial: para una decisión concreta se es o no se es competente (13).

FIGURA 1

Modelos básicos de relación asistencial en razón de la competencia del paciente

MODELO AUTONOMÍA

SITUACIÓN 1

MODELOS INTERMEDIOS

SITUACIÓN 2

MOD. BENEFICIO PACIENTE

SITUACIÓN 3

VALOR:

Decisión del paciente

«El paciente competente tiene derecho a rechazar un tratamiento eficaz».



VALOR:

El beneficio del paciente, decidido por el médico, la familia, el juez

«El paciente no competente no puede rechazar un tratamiento eficaz».

En la figura 1 se muestra, sobre la dimensión de autonomía, las tres situaciones o modelos de relación asistencial, en función de la categoría «competencia».

La competencia ha de ponerse siempre en relación con el tipo de decisión que se ha de tomar. Por ejemplo, se considera válido el consentimiento de un disminuido leve para aceptar un tratamiento efectivo y vital, que comporte pocos riesgos. No obstante, probablemente el mismo paciente sería incompetente para rechazarlo.

El motivo resulta claro: el tipo de decisión y sus consecuencias determinan los requisitos que se necesitan para ser competente. (14) Cuanto más incierta y arriesgada es una decisión, más cualidades son necesarias para poder tomarla. Otro ejemplo típico es el caso, en nuestro entorno, de los testigos de Jehová: posiblemente sería válido el consentimiento de un adolescente de esta confesión para recibir una trasfusión de sangre, pero la decisión de rechazarla, si el riesgo es vital, no parece aceptable.

En psiquiatría se produce una situación similar con las hospitalizaciones. En efecto, para muchos de estos casos, el consentimiento voluntario en el ingreso -- normalmente efectivo y de poco riesgo—, plantearía pocos requisitos de competencia: comprender que en el hospital se le ayudará a firmar una declaración de consentimiento. Desde este punto de vista, la gran mayoría de los casos podrían ser ingresos voluntarios. Pero, debido a las características que hemos citado respecto a las peculiaridades de los enfermos mentales, entre ellas la falta de conciencia de enfermedad, la variabilidad de sus estados anímicos, o incluso las incomodidades del propio tratamiento o de la convivencia con otros pacientes, se producen frecuentemente cambios respecto a la inicial aceptación del ingreso. Habitualmente, la demanda de alta voluntaria no es aceptada en estos casos, y se comunica al juez su paso a internamiento forzoso por el estado patológico del paciente. Esta contradicción entre la voluntariedad para ingresar y la incompetencia para rechazar, traslada sobre el paciente la vivencia de no ser reconocido como persona, e incrementa la desconfianza y el rechazo de la relación asistencial.

Por tanto, los factores que un usuario competente ha de poder evaluar para tomar una decisión asistencial, son:

- La efectividad del tratamiento propuesto.
- La evaluación de los riesgos que comporta el tratamiento.
- La necesidad de asistencia en razón de la situación clínica y psicosocial del sujeto, así como los riesgos derivados de no hacer efectivo el tratamiento.
- La existencia de otras alternativas viables.

La capacidad del paciente para comprender racionalmente sin coacciones estos factores ahora y aquí, y tomar una opción razonable y también coherente con sus valores, es entonces el objeto de estudio del profesional.

En las situaciones de crisis aguda, los pacientes tienen

más dificultades para evaluar racionalmente las diversas alternativas y sus consecuencias. Por el contrario, el internamiento prolongado obligatorio requerirá en la mayoría de los casos un consentimiento regularmente renovado, y si es posible, con la participación de los familiares.

Analizaremos ahora los factores que acabamos de nombrar respecto a una intervención psiquiátrica concreta, seguramente la que de manera más frecuente, plantea las limitaciones del principio de autonomía en la asistencia psiquiátrica: la hospitalización aguda.

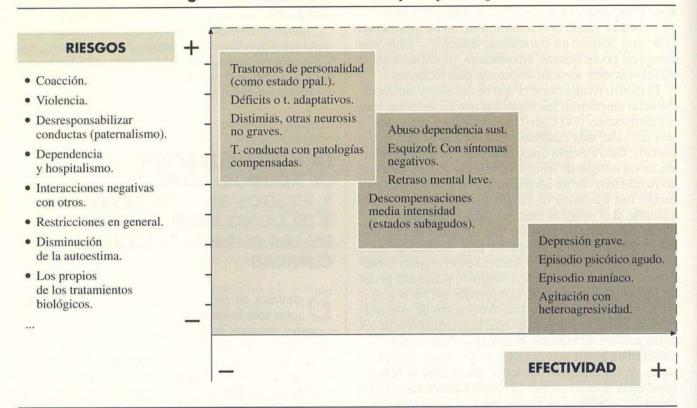
LA HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS: BENEFICIOS Y RIESGOS DE LA INTERVENCIÓN Y DE LA NO INTERVENCIÓN EN LAS DIFERENTES SITUACIONES CLÍNICAS

Definimos un proceso de internamiento de agudos como una hospitalización temporal, de entre dos y cuatro semanas de duración, en un entorno normativo y a menudo restrictivo, vigilado y seguro, donde se producen tratamientos biológicos y psicosociales intensivos dirigidos a asumir la recuperación clínica más rápida posible del paciente psiquiátrico en situación de crisis.

EFECTIVIDAD Y RIESGOS ASOCIADOS EN LA HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS

esde el punto de vista de la efectividad y los riesgos asociados a esta intervención, conviene diferenciar dos elementos fundamentales, aunque en la práctica sean indisociables: la situación vivencial del internamiento y los tratamientos que éste posibilita. Cuando el objetivo de la hospitalización es realizar un tratamiento efectivo que no se puede dar en la comunidad, las incomodidades o riesgos no evitables que puede comportar la situación de internamiento, son básicamente asumibles. Es más, determinadas condiciones normativas o incluso de restricción ligadas al internamiento, se han mostrado como soportes fundamentales en el proceso de recuperación. En realidad, las normas y obligaciones se dirigen a procurar la modulación de la conducta inapropiada o desadaptativa, la confrontación con el principio de realidad o bien la contención de las ansiedades, a menudo muy catastróficas, del enfermo mental en crisis. Decidir con firmeza un internamiento forzoso, indicar un aislamiento de estímulos o incluso una contención física o la limitación temporal

FIGURA 2 Efectividad y riesgos de la hospitalización de agudos (internamiento y tratamientos), según las distintas situaciones psicopatológicas



del contacto con los familiares, pueden ser medidas terapéuticas eficientes y generadoras de cambios y mejoras de la ansiedad del paciente. El control reasegura al paciente y le proporciona la capacidad de volver a sentirse integrado, capaz de pensar y decidir. Naturalmente, siempre que exista un buen funcionamiento del equipo asistencial y una permanente y adecuada información sobre como valoramos su estado y sobre las decisiones que tomamos.

Estos elementos normativos son una parte inseparable de las técnicas terapéuticas y condicionan enormemente el éxito de todo el proceso de recuperación dentro del hospital, pero fácilmente se convierten en medidas puramente defensivas o represivas, vividas como imposiciones abusivas o bien forman parte de dinámicas actuadoras de acción-reacción, sin contenido terapéutico, cuando no existe un tratamiento específico eficaz. Los profesionales y cuidadores, independientemente de su nivel técnico, distinguen perfectamente estas situaciones, a menudo yatrogénicas, pero se sienten obligados a hacerles frente, ya sea porque el internamiento ha sido pedido por el juez o por la introyección del deber de proteger a terceros de los peligros derivados de la conducta de estas personas.

Es decir, aquello que puede ser claramente beneficioso para unos, puede ser enormemente perjudicial para otros. Y también, tal como hemos intentado explicar respecto a la naturaleza cambiante de los trastornos mentales en los individuos, para un mismo paciente la aplicación de medidas restrictivas puede ser beneficiosa o perjudicial con relación al momento evolutivo y el estado mental en cada momento.

En general, no se considera que la simple custodia o vigilancia sea un beneficio suficiente para el paciente, a menos que se trate de una condición necesaria para un proyecto terapéutico más amplio. En algunos países europeos se permite legalmente el internamiento obligatorio en algunos casos, pero se requiere el consentimiento del paciente para el tratamiento farmacológico. Esta disociación entre tratamiento (que es en definitiva la finalidad real) y control, plantea algunas dificultades éticas, pues si bien es cierto que el internamiento forzoso no tendría que implicar necesariamente que el médico tome todas las decisiones durante el tiempo de la hospitalización (por ejemplo, la terapia electroconvulsiva), tampoco parece éticamente aceptable prolongar una situación de restricción que no se base en la efectividad esperable de un tratamiento.

No es objeto de este trabajo el análisis de la efectividad y los riesgos asociados a los tratamientos psiquiátricos específicos, en especial a los de tipo biológico. Hay que decir que, si bien en los trastornos más graves la psiquiatría todavía no puede curar en sentido estricto, existe evidencia suficiente de la altísima eficacia, comparable a otros ámbitos de la medicina y la cirugía, de los tratamientos farmacológicos específicos tanto en las situaciones agudas como en la evitación o disminución de las recaídas. También la rehabilitación psicosocial ha mostrado su efectividad cuando el paciente y la familia colaboran en el proceso. (7, 8, 9)

Fuera de algunos efectos yatrogénicos muy graves pero extremadamente raros como el Síndrome neuroléptico maligno, hoy es posible un control seguro en la aplicación de los tratamientos psiquiátricos habituales y existe una clara tendencia a la disminución de los tradicionales efectos secundarios de los nuevos fármacos y a una mayor tolerabilidad. Con todo, no se han de menospreciar estos riesgos ni las consecuencias sobre la calidad de vida del paciente, cuando se trata de terapias prolongadas y a menudo, permanentes.

En la figura 2 mostramos la relación entre los riesgos asociados a la hospitalización (internamiento y tratamientos) y la efectividad de esta intervención, para cada una de las grandes tipologías de trastornos que habitualmente se presentan. También aquí encontramos básicamente tres agrupaciones clínicas, diferenciadas claramente en los dos extremos y con un tercer grupo intermedio. Los términos de «coacción» y «violencia» se refieren a la aplicación de medidas muy restrictivas de tipo físico - básicamente contención física y aislamiento— como respuesta a conductas graves de pacientes no mediatizadas para una distorsión del estado mental, es decir, conductas respon-

Como se puede apreciar, la efectividad es máxima y los riesgos derivados de la situación restrictiva del internamiento, mínimos, en las situaciones clínicas más agudas y graves de la práctica psiquiátrica. En el otro extremo, son las patologías que cursan con menos perturbación mental y para las que no existe un tratamiento efectivo en el curso de una hospitalización corta, las que presentan más riesgos asociados en la situación de internamiento. Obviamente, la decisión sobre una intervención clínica de estas últimas características —baja efectividad e importantes riesgos psicológicos-tendría que ser tomada por pacientes competentes. No parece profesionalmente aceptable forzar a estas personas a un tipo de intervención de tal naturaleza.

NECESIDAD DE SALUD Y EFECTIVIDAD DE LA HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS: LA COMPETENCIA MENTAL ANTE **EL CONSENTIMIENTO**

tro de los factores de competencia que citábamos es el grado de necesidad de la intervención. Está claro que uno de los elementos es el impacto de la afectación mental y de discapacidad que comporta la situación clínica y, ligado a esto, los riesgos que previsiblemente aparecerían si no se hiciera efectiva la medida. Se trata de dos elementos que correlacionan perfectamente, y que constituyen lo que podríamos llamar «nivel de necesidad de atención».

En la figura 3, parece claro que los riesgos de la no intervención y la efectividad de la medida son máximos en la clínica de depresión grave, episodio psicótico agudo, episodio maníaco o agitación con auto o heteroagresividad, independientemente del trastorno principal causante del cuadro. En estas condiciones de grave riesgo y gran efectividad de la medida, los requisitos que tendría que tener un paciente para poder rechazar, tendrían que ser altísimos, y en todo caso muy lejos del estado mental característico de estas situaciones. Hay que recomendar claramente el internamiento no consentido como norma general.

Por el contrario situaciones de poco riesgo derivado de la patología mental y también poca efectividad de una hospitalización de corta duración, no parecen indicaciones técnicamente correctas. Ésta tendría que ser una eventualidad excepcional, pero, en cualquier caso, perfectamente compatible con competencia mental conservada. La hospitalización tendría que ser pactada en base a un contrato terapéutico libremente consentido por el psiquiatra y el paciente.

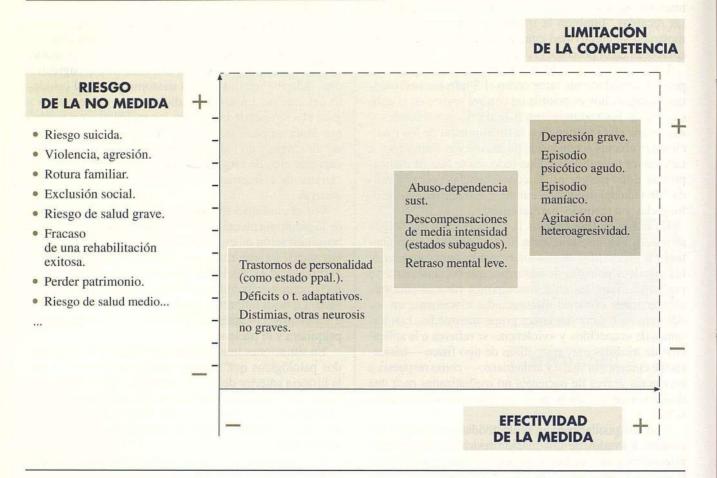
En situaciones intermedias se encontrarían otros estados patológicos que admiten incorporar criterios como la historia anterior del sujeto respecto a los resultados en otras experiencias similares, o al uso de los servicios o simplemente, perfilar mejor los riesgos concretos caso por caso. Como norma general, se puede partir de la voluntariedad.

En psiquiatría, y en especial en los casos más graves, cuanto mayor es la afectación mental, menor es la conciencia de enfermedad. Ya hemos visto que a este factor fundamental, se añaden muchos otros característicos de la propia naturaleza del enfermar y de la evolución de los trastornos mentales. Si a esto unimos el hecho de que son precisamente los estados psicopatológicos más graves los que tienen más necesidad (o más riesgos si no actuamos), menos riesgos asociados a la intervención y donde ésta resulta más efectiva, entonces es muy claro que la competencia para decidir se ha de plantear, no tanto sobre la pregunta de si el paciente puede aceptar (la cual resultaría irrelevante), sino sobre si está suficientemente capacitado para rechazar.

Así pues, los criterios para un internamiento no consentido son:

- Existencia de un trastorno mental significativo que implique un riesgo grave para la integridad física, la salud, la vida familiar o relacional, o los intereses en general de la propia persona.
- En la situación actual, el estado mental del paciente le impide la competencia necesaria para tomar una decisión responsable y conforme a sus propios intereses.

Hospitalización de agudos: Estado clínico y relación entre riesgo de no hacer efectiva la medida y la efectividad terapéutica en la disminución de la competencia mental



 Según los conocimientos disponibles, la medida de hospitalización es razonablemente más efectiva y beneficiosa para el paciente que cualquier otra alternativa terapéutica menos restrictiva.

Estos criterios son especialmente aplicables a situaciones agudas. En ellas, el diagnóstico sindrómico nos da información sobre el estado mental actual del paciente, lo que, juntamente con una evaluación de riesgos y sobre la efectividad de la medida de hospitalización, permite una aproximación bastante ajustada sobre el tipo de internamiento más recomendable.

Naturalmente, y como consecuencia de todo lo que hemos dicho, el internamiento no consentido sólo ha de durar lo que el estado de no competencia del paciente dure, independientemente del tiempo de hospitalización. Es altamente recomendable acompañar al paciente hacia la aceptación del internamiento a través del proceso de consentimiento informado, lo cual mejora la relación terapéutica y la conciencia de enfermedad. (11)

EL INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO EN PSIQUIATRÍA: ASPECTOS JURÍDICOS

n la actualidad, tanto desde el derecho positivo como desde el punto de vista ético, el enfermo mental debe disfrutar de los mismos derechos y deberes de cualquier ciudadano.

Entendemos por internamiento no voluntario en psiquiatría, aquel que, indicado por un psiquiatra y bajo el control previo o posterior de un juez, se basa estrictamente en la necesidad de salud de un paciente que no tiene la competencia mental necesaria para prestar consentimiento responsable, independientemente de que acepte o rechace la medida.

5. A lo largo de este trabajo los términos «no voluntario», «no consentido», «forzoso» e «involuntario» (éste, en la terminología legal española) son sinónimos.

En cambio, el internamiento voluntario es aquel que se produce bajo criterio médico cuando el paciente es capaz de consentir o rechazar, de acuerdo a sus preferencias y valoraciones. El paciente siempre mantiene el derecho a rechazar el consentimiento previo en cualquier momento, asumiendo por escrito su responsabilidad. Sólo la existencia de un riesgo alto de daño físico para el paciente o para terceros, valorado por un médico, puede suspender provisionalmente este derecho, mientras no sea autorizado por un juez 6.

La O.M.S. apunta los criterios para un tratamiento forzoso en psiquiatría (15):

- El paciente no es suficientemente competente para de-
- El tratamiento supone una evaluación del binomio riesgo-beneficio claramente favorable para él.
- La no aplicación del tratamiento podría provocar un daño superior para el paciente, la familia y/o la comuni-

En el Convenio Europeo (16), cualquier tratamiento no voluntario de una persona no competente para consentir, sólo está justificado en base al principio de protección de la salud del individuo y por tanto, a una necesidad sanitaria. El Libro Blanco (17) recupera, en diferente orden, los criterios adoptados por la O.M.S. explicitando más claramente la necesidad de la presencia de un trastorno mental como causa del riesgo, y también la no existencia de alternativas menos restrictivas. Este mismo documento instaura, en su artículo 7, el principio de protección a la salud del propio paciente como única justificación para un tratamiento no consentido en los casos de trastorno mental grave, bajo las condiciones ya conocidas, de vigilancia, protección, control y existencia de vías de recurso.

En la legislación española y catalana (art. 211 del Código Civil, modificado por la Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero, y art 255 del Código de Familia) se remarca la existencia de trastorno psíquico, así como la imposibilidad del afectado de poder decidir por sí mismo.

La Ley General de Sanidad de 1986 (ley 14/86) establece claramente el principio del consentimiento informado para cualquier tipo de intervención asistencial, con la excepción de las siguientes situaciones:

6. En otras ocasiones hemos tratado del abuso que, a nuestro entender, significa proceder a llenar de internamientos voluntarios los centros psiquiátricos siguiendo una idea equivocada de «buena imagen» del hospital, amparándose en la seguridad que da el hecho de poder cambiar a la modalidad involuntaria urgente siempre que el médico lo estime oportuno. Por respeto al paciente y a la relación terapéutica, esta modificación jurídica se tendría que reservar para situaciones excepcionales, bien sea por la aparición de un riesgo grave, en términos de daño físico, sobrevenido, bien sea porque en el momento del ingreso no fue correctamente valorado. En cualquier caso, un cambio así del pacto inicial, tendría que ser muy bien explicado al paciente y la familia, explicitando nuestro malestar por tener que tomar tal grave medida e informando de que será el juez quien, finalmente, lo autorice o no.

- Cuando existe un riesgo para la salud pública.
- Cuando existe una situación de urgencia vital y el paciente no puede dar su consentimiento.
- Cuando existe falta de capacidad para tomar decisiones, siendo entonces válido el consentimiento prestado por terceros (tutor legal en caso de incapacitación jurídica o familia, juez o médico, cuando la incapacidad es de hecho)7.

En el mismo sentido se manifesta el Real Decreto de 1993 (R. D. 561/93) en relación con la Ley del Medicamento, sobre el consentimiento para participar en ensayos clínicos o experimentación.

El Código Civil español de 1983, estableció el procedimiento de excepcionalidad que han de seguir los internamientos involuntarios de las personas con trastornos psíquicos. El articulo 211, reformado, dice:

«El internamiento por razón de trastorno psíquico de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí misma, aunque esté sometida a la patria potestad, requerirá autorización judicial. Esta será previa al internamiento, excepto que razones de urgencia hicieran necesaria la inmediata adopción de la medida, de la que se dará cuenta al juez (...) antes de 24 horas.»

De la misma manera se pronuncia el Código de Familia, Ley 9/98 de 15 de julio, en su artículo 255. Todo esto trae como consecuencia, entre otras, que ni los menores ni las personas incapacitadas judicialmente (ni tampoco sus representantes legales), pueden prestar consentimiento válido para una hospitalización psiquiátrica, al contrario de cualquier otra intervención médica, incluidas aquellas que pueden comportar un riesgo mayor8.

La doctrina jurisprudencial establece también que el internamiento no puede ser nunca una causa de restricción de la capacidad jurídica del paciente, y que en concreto éste tiene derecho a ser escuchado por el juez o a presentar recurso ante el tribunal competente contra la legalidad de su internamiento.

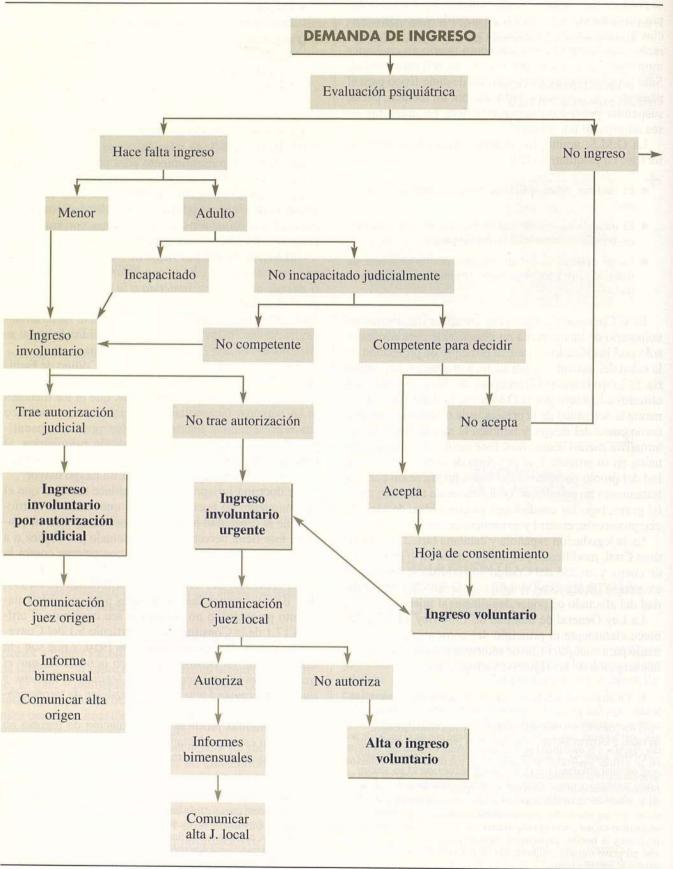
La sentencia del Tribunal Constitucional 129/1999, de 1 de julio recoge las condiciones para que el internamiento psiquiátrico no voluntario sea conforme al artículo 17.1 de la Constitución y al artículo 5.1 del Convenio de Roma, de 4 de noviembre de 1950, y que son «la existencia de un trastorno psíquico acreditado, que el trastorno revista tal amplitud que legitime el ingreso, y que la enfermedad tenga cierto carácter de permanencia».

Las garantías jurídicas de la situación de ingreso no voluntario están perfectamente definidas en el conjunto legislativo citado, así como en la Ley de Enjuiciamiento

7. Como veremos seguidamente, esta norma general no es válida en el caso de los internamientos psiquiátricos.

8. Se acepte o no, se trata de una norma discriminatoria que atenta contra la dignidad de los menores, de los incapacitados y de sus representantes, negados en términos absolutos respecto a esta decisión, y resucita la tradicional desconfianza e ignorancia hacia la psiquiatría en general.

Procedimiento clínico y judicial para el internamiento psiquiátrico



Civil (art. 763). Implican la obligatoriedad de que el afectado sea visto por un juez (normalmente con el médico forense) antes de las 72 horas posteriores al internamiento, y que, una vez escuchado el ministerio fiscal y cualquier otra persona que el juez o el enfermo determinen, el juez resuelva o no la autorización. Finalmente, el centro está obligado a informar periódicamente al juez sobre la evolución del paciente y sobre el cese de la medida, la qual depende estrictamente del médico respon-

El procedimiento clínicojurídico que prevee la legislación española y catalana se puede ver esquemáticamente en la página siguiente:

A MODO DE CONCLUSIÓN: **GUÍA PARA LAS DECISIONES** CLÍNICAS SOBRE LAS SITUACIONES DE INTERNAMIENTO

reniendo en cuenta el marco legal, y respecto a la lefectividad de la medida (con el abanico de tratamientos de diversa naturaleza disponibles), así como las consecuencias positivas y negativas que pueden comportar, podemos agrupar las diferentes entidades o estados psicopatológicos de la siguiente manera:

Grupo 1 o de baja efectividad

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS:

- Trastornos puros de personalidad como el Trastorno antisocial y el Trastorno paranoide, sin ninguna otra sintomatología relevante 9.
- Retraso mental leve o moderado.
- Neurosis en general.
- Otras patologías compensadas.

9. Un caso frecuente en la psiquiatría lo constituyen los individuos con trastorno de personalidad, donde a menudo se producen medidas de internamiento como respuesta legal o médica a conductas poco o nada abordables asistencialmente. En estas situaciones, se ha de escuchar la opinión del paciente, aceptando incluso el rechazo del tratamiento. Excepcionalmente, si existe un riesgo para la integridad física del sujeto o para terceros, la hospitalización involuntaria se tendría que realizar durante un tiempo breve, informando en todo caso a la fiscalía de la posible peligrosidad del caso. La Recomendación No R (83) 2 del Comité de Ministros de los Estados Miembros de la Unión Europea, sobre la protección legal de las personas que padecen un trastorno mental, ya antes del Convenio Europeo de 1997, declaraba que «la dificultad para adaptarse a los valores morales, sociales, políticos u otros, en si misma, no se tiene que considerar un trastorno mental».

AFECTACIÓN DEL ESTADO MENTAL:

Normalmente es parcial, con mayor o menor intensidad, pero conservando básicamente el nivel adaptativo. Cuando no es así (por incremento de la ansiedad o la impulsividad, se tendrá que evaluar como una complicación y considerar Grupo 2).

EFECTIVIDAD Y RIESGO DE LA INTERVENCIÓN:

En estos casos, los beneficios esperables de un internamiento pueden ser la contención psicológica tanto del paciente como de su familia o de su entorno, o bien mediante una observación más continuada, la evaluación diagnóstica más precisa del caso. En cambio, son riesgos a menudo constatados el hospitalismo y el incremento de la dependencia que puede generar el internamiento, el hecho de «psiquiatrizar» conductas originalmente responsables, problemas derivados de la interacción con otros pacientes, frustración de expectativas terapéuticas y conductas a veces querellantes o finalistas para conseguir beneficios secundarios. En el caso de disminuidos, los riesgos derivados de la interrelación con enfermos psiquiátricos son importantes.

EXISTENCIA DE TÉCNICAS **EFECTIVAS DENTRO** DE LA HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS:

No existe ningún tratamiento efectivo, dentro de una hospitalización breve. Sí es posible tratar, en este contexto, la ansiedad o la impulsividad asociadas o producto de circunstancias vitales asociadas.

RIESGOS DE LA NO INTERVENCIÓN:

Normalmente los riesgos de la no intervención son menores, y se tiene que evitar diagnosticar conductas no patológicas, aunque puedan ser inaceptables social o moralmente.

TIPO DE INTERNAMIENTO **MÁS APROPIADO:**

Normalmente son pacientes competentes para entender una decisión de hospitalización. Siempre que no haya complicaciones añadidas que afecten significativamente la conducta, el ingreso tendría que ser voluntario.

Grupo 2 o de media efectividad

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS:

- Otros T. de personalidad.
- Esquizofrenía con síntomas negativos.
- Complicaciones conductuales en pacientes del Grupo 1.
- Psicosis con síntomas subagudos.
- Abuso o dependencia a sustancias.
- Enfermos crónicos en general, ligeramente descompensados.
- Depresión no grave, hipomanía.

AFECTACIÓN DEL ESTADO MENTAL:

Muy variable, en función de las diferentes patologías y del momento evolutivo. Puede cambiar rápidamente en el mismo individuo. Se tendrá que tener presente la labilidad y la ambivalencia que tanto los pacientes como las familias pueden mostrar respecto a las decisiones clínicas 10. La situación adaptativa del paciente también puede variar mucho en relación al diagnóstico y a otros factores psicosociales.

EFECTIVIDAD Y RIESGO DE LA INTERVENCIÓN:

Como en el grupo anterior, pueden ser riesgos derivados de la situación de internamiento el hospitalismo y, en general, la obtención de beneficios secundarios, el incremento de la dependencia, la aplicación de actitudes paternalistas por parte de los profesionales a conductas autónomas de los usuarios, etc. La efectividad puede ser muy alta respecto a evitar una crisis grave, compensar los síntomas incipientes o revincular al paciente a la comunidad.

EXISTENCIA DE TÉCNICAS EFECTIVAS DENTRO DE LA HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS:

En función del diagnóstico, la efectividad puede ser muy alta. Disminuye en relación al componente de personalidad.

10. Este hecho es especialmente importante a la hora de decidir un ingreso voluntario, ya que el mantenimiento de la responsabilidad de la decisión en el paciente le puede generar dudas y angustias respecto a sus propias necesidades y deseos. Muchos expertos, en nuestro entorno y en otros países, consideran que esta labilidad es un criterio de ingreso no voluntario.

RIESGOS DE LA NO INTERVENCIÓN:

También dependiendo del caso, pero en general hay que decir que casi siempre estas situaciones pueden ser igualmente abordadas desde otros recursos sanitarios no hospitalarios. Si no es así, es debido a otros factores psicosociales presentes: el contexto familiar, la negativa del paciente a tratarse, hipersensibilidad del entorno social o, simplemente, la necesidad de evitar cualquier riesgo respecto al entorno del paciente.

TIPO DE INTERNAMIENTO **MÁS APROPIADO:**

Son pacientes que requerirán una valoración muy individualizada para establecer, en el momento del ingreso, su competencia. Evaluar riesgos y beneficios de la medida de manera muy cuidadosa. La experiencia de hospitalizaciones previas puede ser indicativa. En general recomendamos ingreso VO-LUNTARIO, sobre todo cuando el trastorno de personalidad es significativo y en las toxicomanias. La evidencia de síntomas impulsivos o de mucha ansiedad, así como la labilidad respecto a la decisión voluntaria de ingresar, pueden orientar a iniciar la intervención de manera involuntaria.

Grupo 3 o de alta efectividad

TRASTORNOS PSICOPATOLÓGICOS:

- Depresión grave (inhibición, melancolía, riesgo de suicidio).
- Psicosis aguda (delirio, alucinaciones, «trema», manía...).
- Agitación de causa exógena o no.

AFECTACIÓN DEL ESTADO MENTAL:

Muy intensamente. El perfil sindrómico anula toda capacidad de reconocimiento de la realidad interna y externa, con una afectación grave de las funciones superiores. Habitualmente la conciencia de enfermedad no está o está muy alterada.

EFECTIVIDAD Y RIESGO DE LA INTERVENCIÓN:

La hospitalización es preceptiva en este tipo de crisis: la contención del ambiente es fundamental, así como la vigilancia y el control de los riesgos, incluidos los que se podrían derivar del tratamiento farmacológico intensivo. La recuperación de la salud anterior al episodio es el resultado más fre-

El ingreso involuntario puede afectar a la autoestima del individuo.

EXISTENCIA DE TÉCNICAS EFECTIVAS DENTRO DE LA HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS:

Los tratamientos farmacológicos disponibles son muy efectivos y modifican el estado mental en un plazo breve. La terapia electroconvulsiva puede ser una opción eficaz en casos resistentes. El soporte psicológico y social, también a las familias, es muy importante.

RIESGOS DE LA NO INTERVENCIÓN:

Se trata de situaciones que pueden desembocar fácilmente en un riesgo vital para la propia persona. Violencia y sufrimiento para el entorno. Conductas de riesgo respecto a menores, patrimonio

familiar, etc. En muchos de estos casos, cuanto más alta sea la frecuencia de estos episodios o más larga duración, más discapacidad se deriva posteriormente.

TIPO DE INTERNAMIENTO MÁS APROPIADO:

Son pacientes habitualmente no competentes para rechazar un tratamiento efectivo y de poco riesgo, y que sólo puede ser realizado con garantías en el hospital. Es recomendable que el ingreso inicial sea INVOLUNTARIO.

Durante la hospitalización es muy frecuente que el paciente y la familia cambien de opinión respecto a la idoneidad del ingreso o, simplemente, consideren excesivamente incómodas las condiciones en las que se desarrolla. La demanda de alta voluntaria, si se entiende como crítica al sistema, puede ser recibida negativamente por los propios profesionales o puede plantear dudas legales respecto a la responsabilidad que se adquiere.

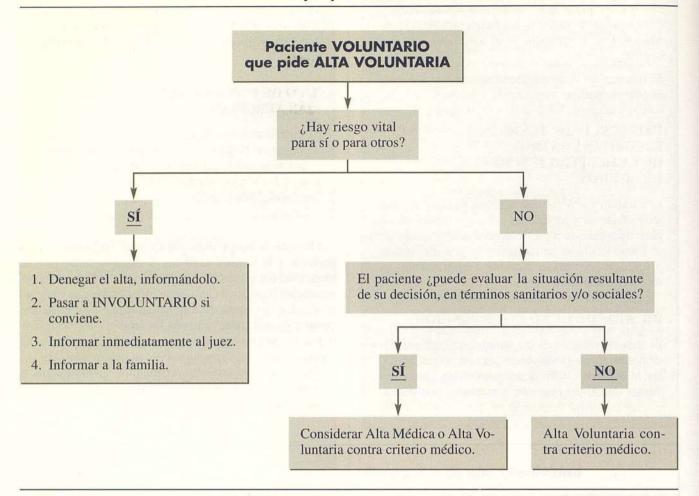
Siguiendo los criterios explicados, presentamos a continuación los procedimientos de decisión recomendables en las distintas situaciones:

illa-Reyes, J

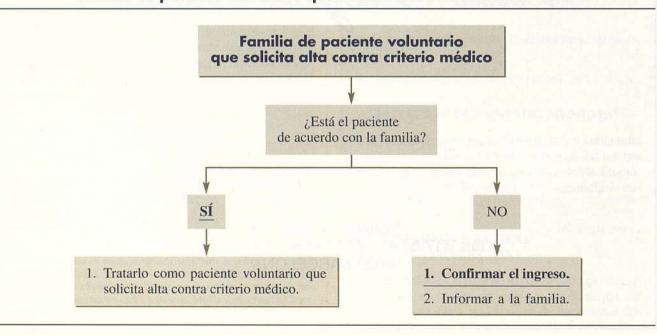
CONSTRUCCIÓN DE OBRAS

Figueras, 8, dcho. 15 Tels. 417 83 41 - 417 03 06 • Fax: 418 89 90 08022 BARCELONA

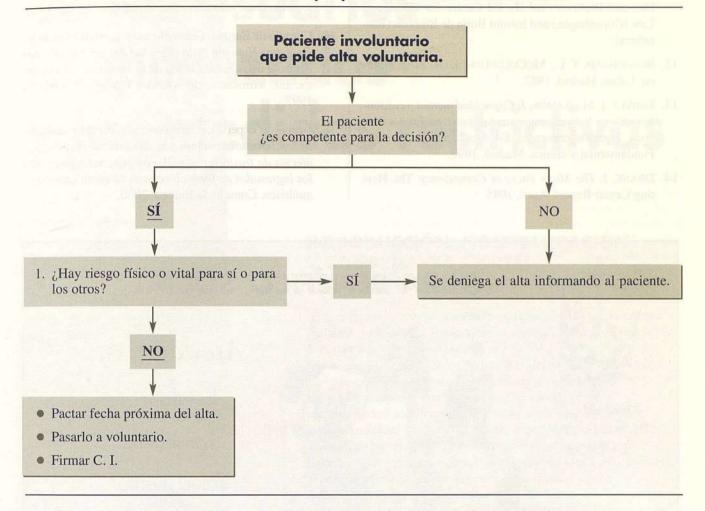
Paciente voluntario que pide alta contra criterio médico



Familia de paciente voluntario que solicita alta contra criterio médico



Paciente involuntario que pide alta contra criterio médico



BIBLIOGRAFÍA

- 1. POSTEL, J., QUÉTEL, C. Història de la Psiquiatria. F. C. E. México, 1987.
- 2. RAMOS, J. De la Antipsiquiatría a la Psiquiatría comunitaria: hacia una psiquiatría de la complejidad. En Update Psiquiatría. Enero 2000.
- 3. FULFORD, K. W., HOPE, T. Control and Practical Experience, en Koch HG, Reiter-Theil S, Helmchen E (eds) Informed Consent in Psychiatry, 1996.
- 4. ROBINS, L. N., REGIER, D. A. (eds.): Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study. New York, Free Press, 1991.
- 5. LITTLE, R. J., LEWITSKY, S., HEERINGA, S., LEP-KOWSKY, J., KESSLER, R. C. Assesment of weighting methodology for the National Comorbidity Survey. Am J Epidemiol 1997; 146(5): 439-49.
- 6. Servei Català de la Salut: El Pla de Serveis Individua-

- litzat. Ed. Interna del Consell Assessor de Salut Mental, 1998.
- 7. LEHMAN, A. F., CARPENTER, W. T., GOLDMAN, H. H. et al: Treatment outcomes in schizophrenia: implications for practice, policy and research. Schiz Bulletin 21: 669-675, 1995.
- 8. The National Advisory Mental Health Council (Special Report): Health Care Reform for Americans with Severe Mental Illnesses. Am J Psychiatry 159: 10 october 1993.
- 9. FALLOON, I. R. H. Optimal Treatment for Psychosis in an International Multisite Demonstration Project. Psychiatr Serv 5: 615-618, 1999.
- 10. MURRAY, C. J. L., LÓPEZ, ALAN, D. The Global Burden of Disease. W. H. O., 1996.
- 11. RAMOS, J., LLOVET, J. M. Mental Competence and Consent in Severe Mental Disorders. En: Rendtorff JD, Kemp P: Report to the European Comission of the

- BIOMED II Project «Basil Ethical Priciples in Bioethics and Biolaw» (Vol II). Ed Centre for Ethics and Law (Copenhagen) and Institut Borja de Bioètica (Barcelona).
- 12. BEAUCHAMP, T. L., MCCULLOUGH, L. B. Ética Médica. Labor, Madrid, 1987.
- 13. LLOVET, J. M., RAMOS, J. Capacidad mental y consentimiento en los trastornos mentales graves. En: La Bioética, lugar de encuentro. Ed Asociación de Bioética Fundamerntal y clínica. Madrid, 1999.
- 14. DRANE, J. The Many Faces of Competency. The Hasting Center Report. April, 1985.

- 15. O. M. S. Evaluación de los métodos de tratamiento de los trastornos mentales. Ginebra, 1991.
- 16. Consejo de Europa: 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. Ed. Ministerio de Asuntos Exteriores. Oviedo,
- 17. Grupo de expertos: Libro blanco sobre la proteccion de los derechos humanos y la dignidad de las personas afectas de trastorno mental, con especial referencia a los ingresados de forma involuntaria en un centro psiquiátrico. Consejo de Europa, 2000.



Atención a:

la infancia transeúntes salud mental enfermos crónicos y ancianos inmigrantes enfermos de sida colaboración con el tercer mundo

La hospitalidad, un servicio para todos, especialmente para los más necesitados.

Si quieres colaborar económicamente con nosotros, puedes hacerlo a la cuenta 2100-0148-59-0200360676, Obra Benèfica Germans de Sant Joan de Déu

Los derechos y deberes de los usuarios hospitalizados y las medidas restrictivas

OTILIA ARENAS VALL

Y COMPETENCIA MENTAL EN LAS ENFERMEDADES PSIQUIÁTRICAS

a mayoría de trastornos psiquiátricos presentan una evolución irregular y dinámica que comporta frecuentes modificaciones en el tiempo del estado mental de la persona, tanto en un sentido de mayor patología o discapacidad, como lo contrario, de mejor equilibrio y recuperación. Desde el punto de vista del sujeto, es evidente que la particular personalidad de cada uno lo hará más vulnerable o más resistente a determinados estímulos, y también más competente o menos ante situaciones emocionales o conflictivas concretas. Desde la enfermedad, también está claro que ésta afecta de manera desigual a cada persona, en función de variables múltiples: el tipo de trastorno, el nivel de adaptación asumido antes de la aparición del trastorno, el contexto familiar y social concreto, el tipo de tratamiento recibido y el momento en que se inició, etc...

Independientemente de la gravedad o del grado de discapacidad de un individuo concreto, todos los profesionales de la salud mental tienen que tener claro que siempre que un paciente tenga la capacidad de decidir de manera responsable, lo tiene que hacer, incluso a pesar de los fracasos anteriores. Como siempre, el profesional tendrá que calibrar los riesgos y beneficios que puede comportar la decisión, desde la prudencia y siempre desde el punto de vista del beneficio del paciente.

Por lo tanto, la evaluación de la competencia mental del paciente es un eje central del trabajo de los profesionales de la salud mental. Es un aspecto que siempre está presente en la relación terapéutica, sobre todo en las situaciones en que se han de tomar decisiones respecto al proyecto de vida o al tratamiento de la persona enferma.

El contexto inmediato que puede presentarse en la evaluación de un caso por un profesional, puede ser también muy diferente: desde la persona que va por propia voluntad a un servicio de urgencias, pues la experiencia previa le da la capacidad de saber que los profesionales le podrán ayudar, a aquella otra que por primera vez es trasladada por la policía en contra de su voluntad. Puede ser que la situación concreta va condicione y a veces determine la actuación posterior. Pero es necesario que la exploración que se haga sea lo más independiente posible a la situación inmediata, ya que a menudo ésta también está influida por las reacciones de los otros; la valoración de la competencia mental de la persona determinará, si es necesario el ingreso, y en qué modalidad.

El momento en el cual se realiza la exploración para valorar la necesidad de un ingreso hospitalario es fundamental.

La competencia mental es la capacidad del paciente para, una vez entendida la situación así como las alternativas de actuación posibles y sus probables consecuencias, escoger, expresar y defender una decisión consecuente con sus propios valores.

La competencia mental funciona como una categoría: se es o no competente para una acción o decisión concreta, y su ejercicio exigirá unos requisitos diferentes según la dificultad, es decir, según los riesgos derivados de la decisión. Cuanto más grave sea el riesgo, más madurez necesitará para sostenerlo. Una persona, sea cual sea su estado de salud, puede siempre ser competente para unas cosas y no competente para otras.

Evaluar la competencia ante la necesidad de una hospitalización de un enfermo psiquiátrico, significa conocer, ahora y aquí, si el paciente es capaz de valorar los riesgos de la intervención y de la no intervención, así como la efectividad de la medida, y entender de manera realista sus necesidades sanitarias en aquel momento, y también la existencia o no de alternativas.

El ingreso voluntario tiene que ser compatible con la preservación de los derechos fundamentales. El paciente puede decidir sobre su tratamiento y la finalización de su estancia hospitalaria, aunque sea en contra de la opinión del médico.

Los ingresos voluntarios son equivalentes al ingreso hospitalario de una persona adulta que padece una patología somática. El paciente puede decidir sobre el tratamiento y la estancia de hospitalización, así como también es responsable de sus acciones.

En los casos de hospitalización voluntaria no tienen cabida la aplicación de las medidas restrictivas a no ser que sea con el acuerdo del paciente, ya que, como se verá más adelante, normalmente se aplican a personas que tienen las facultades mentales perturbadas. De todas maneras, si un paciente que está en un proceso de recuperación y por tanto en una modalidad de hospitalización voluntaria, tiene una recaída que requiere que se tomen medidas restrictivas, se ha de pasar inmediatamente a modalidad de involuntario y dar aviso al sistema judicial.

Según la guía para las decisiones clínicas sobre las situaciones de internamiento del trabajo «La competencia mental y el internamiento involuntario en Psiquiatría: entre el Derecho y la Bioética» de J. Ramos, y en forma de resumen, se pueden agrupar las diferentes entidades o estados psicopatológicos en tres grandes grupos, con las respectivas recomendaciones de modalidad de ingreso:

- Las personas que padecen trastornos puros de personalidad como pueden ser el trastorno antisocial y el trastorno paranoide, sin otra sintomatología relevante, neurosis en general y otras patologías compensadas, tienen una afectación parcial del estado mental. La efectividad de la intervención terapéutica es baja. Se indica que el tipo de internamiento más apropiado es el voluntario.
- Las personas que padecen otros trastornos de personalidad, esquizofrenia con síntomas negativos, complicaciones conductuales en pacientes del Grupo 1, psicosis con síntomas subagudos, abuso o dependencia a sustancias, enfermos crónicos en general, ligeramente descompensados o depresión no grave, hipomanía, tienen una afectación del estado mental muy variable en función de las diferentes patologías y del momento evolutivo. La efectividad de la intervención terapéutica es también muy variable. Para decidir el tipo de internamiento más apropiado se tendrá que realizar una valoración muy individualizada; además, después de valorar la competencia se recomienda que, siempre que se pueda, se realice un ingreso voluntario.
- Las personas que padecen depresión grave, psicosis aguda o agitación de causa exógena o no, tienen una afectación del estado mental muy importante; en estos casos los tratamientos farmacológicos son muy efectivos. Se recomienda el ingreso involuntario.

Así pues, los criterios para un internamiento involuntario son:

- Existencia de un trastorno mental significativo que implique un riesgo grave para la integridad física, la salud, la vida familiar o relacional, o los intereses en general de la propia persona.
- El estado mental del paciente le impide la competencia necesaria para tomar una decisión responsable y conforme a sus propios intereses.
- Según los conocimientos disponibles, la medida de hospitalización es razonablemente más efectiva y beneficiosa para el paciente que cualquier otra alternativa terapéutica menos restrictiva.

El ingreso involuntario comporta que el derecho a la salud se convierte en el primer derecho a «proteger», por encima de los derechos especificados en la Constitución como de primer orden, los derechos individuales. Cuando se conculca un derecho de primer orden tiene que ser siempre bajo supervisión judicial.

Por todo lo comentado podemos decir que en psiquiatría se entiende por internamiento involuntario, aquel que indicado por un médico bajo el control previo o posterior de un juez, se basa estrictamente en la necesidad de salud de un paciente que no tiene la competencia mental necesaria para prestar consentimiento responsable, independientemente que acepte o rechace la medida.

DERECHOS DE PRIMER ORDEN Y DERECHO A LA SALUD

esde la teoría de los derechos, hay que recordar que existen dos generaciones de Derechos Humanos. La primera es fruto de la Revolución Francesa (S. XVIII) y contempla los derechos políticos, también llamados derechos o libertades «negativas» (N. Bobbio), (ya que implican la garantía de que no hayan obstáculos para ejercerlos). Son los derechos de primer orden. De una idea originaria y general de libertad se fueron articulando los derechos individuales de libertad de religión, de opinión, de pensamiento, de expresión, de asociación, de movimiento...

Pero la idea de la igualdad social no nace hasta finales del siglo XIX. Son los derechos de la segunda generación, los derechos sociales o libertades «positivas», y que se refieren a los derechos económicos, sociales y culturales de las personas (salud, educación, vivienda...). Éstos requieren que el estado se implique y establezca políticas activas para su promoción. Sólo se pueden asumir a través de acciones de discriminación positiva impuestas en el conjunto de la sociedad para asegurar la protección de los derechos de colectivos determinados, ya que el principio de igualdad sólo es posible desde el respeto a la diferencia. Los niños no son iguales que los adultos, las mujeres a los hombres, los viejos, los disminuidos, los enfermos o los enfermos mentales.

Los derechos sociales figuran en todas las declaraciones nacionales e internacionales pero no todos están realmente protegidos. Podemos decir que son expresiones de aspiraciones ideales a las que se da el nombre de derecho. Pero también sirven para dar fuerza a reivindicaciones de movimientos que exigen, para ellos o para los otros, la satisfacción de necesidades, expresando la aspiración a obtener una legislación futura que las ampare.

La Constitución española incorpora los derechos políticos fundamentales, que son inviolables (artículos 10 al 29 sobre la dignidad, igualdad, integridad, libertad, intimidad...). No tienen igual protección jurídica los derechos «sociales» (artículos 30 al 52, entre los que hay la atención psiquiátrica, como un derecho subjetivo de los ciudadanos). La Constitución establece entonces, que ningún derecho de segundo orden puede limitar los otros, a no ser que esté previsto en una normativa legal explícita.

La norma legal principal que desarrolla el derecho a la salud en todos sus campos, es la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, la cual establece en su artículo 10 que la práctica sanitaria ha de ser estrictamente respetuosa con los derechos fundamentales de los ciudadanos. Sólo se prevén algunas limitaciones de estos derechos en situaciones excepcionales: riesgo para la salud pública, disminución de la capacidad, urgencia vital (artículo 10.6).

El Código Civil de 1983 (artículo 211) y el Código de Familia de 1998 (artículo 255) regulan las situaciones de limitación de los derechos fundamentales cuando existe una necesidad de internamiento psiquiátrico no voluntario. La Ley de Enjuiciamiento Civil de 2000 refuerza el procedimiento de control judicial y establece en el artículo 763 la obligación de autorizar judicialmente el internamiento involuntario de un enfermo psiquiátrico.

Con más o menos concreción legal, todos los países europeos han desarrollado normas jurídicas para garantizar que la suspensión de los derechos fundamentales para garantizar la salud de una persona, sea compatible con un estado de derecho. Esto sólo es posible con la regulación judicial.

Tradicionalmente, las normas legales y éticas que amparaban la intervención forzosa, se basaban en que, de no hacerla, se podían producir riesgos para el propio paciente o para terceros, derivados de la peligrosidad de los enfermos mentales.

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 de 1997, expresa claramente que únicamente podrá efectuarse una intervención a una persona que no tenga capacidad para consentir cuando sea en su beneficio directo.

En este sentido, tanto este convenio europeo como la propuesta de Libro Blanco que, con el fin de desarrollar el apartado referido al internamiento psiquiátrico, está trabajando una comisión de expertos de la Unión Europea, recomiendan la necesidad de pedir consentimiento para las actuaciones terapéuticas concretas incluidas dentro de un internamiento no voluntario. En el último documento citado, se insiste sobre la necesidad de que el paciente no voluntario pueda implicarse en las decisiones siempre que sea posible (cap. 3), o de continuar la participación del paciente, incluido en el internamiento involuntario (6.4) o de que, en una situación de hospitalización forzosa, la competencia del paciente para consentir ha de verificarse para cada forma y curso de tratamiento indicado (6.2). El citado documento distingue claramente entre internamiento no voluntario y tratamiento no voluntario, de manera que ninguno de ellos no tenga que implicar necesariamente al otro. En otras palabras, esto significa que es posible un tratamiento válidamente consentido en el contexto de una hospitalización no voluntaria.

Por todo esto, queda claro que sólo la necesidad de salud combinada con la ausencia de capacidad para decidir, conforma la fundamentación ética y legal de una intervención forzosa en psiquiatría. Así mismo, se establece que estos procedimientos tienen que ser regulados tanto desde la praxis profesional como desde la autoridad judicial competente.

LOS DERECHOS DE LOS ENFERMOS **HOSPITALIZADOS**

ant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental es una institución involucrada desde hace tiempo en la protección de los derechos de sus usuarios. Por este motivo y por iniciativa del Comité de Ética Asistencial, en el año 1995 se redactó la primera carta de derechos y deberes de los usuarios de los servicios y que fue actualizada en abril de 2001.

DERECHOS DE LOS USUARIOS DE LOS SERVICIOS

Derecho a la atención integral. El usuario tiene derecho a la atención integral basada en el respeto a la naturaleza biológica, psicológica, social y espiritual del ser humano.

La atención debe ser una respuesta adaptada a la demanda de cada persona, familia o servicio de la comunidad. Esta atención se concreta en la valoración e intervención de un equipo interdisciplinario.

Derecho a la Información. El usuario tiene derecho a solicitar y recibir información a lo largo de su proceso asistencial, completa y regular, verbal y escrita, y en un lenguaje comprensible.

Este derecho implica el acceso a la información objetiva contenida en su Historia Clínica, de acuerdo con la legislación vigente y los mecanismos previstos por Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental.

Derecho a la calidad de la asistencia. La calidad asistencial supone: Un correcto funcionamiento de los servicios asistenciales y de soporte; la cualificación profesional del personal; la humanización en el trato; el cuidado del entorno y del hábitat del usuario. Igualmente, implica una buena coordinación entre los equipamientos de la red y una correcta planificación de los servicios, garantizando la continuidad asistencial, así como atender la preferencia justificada de un cambio de terapeuta.

Derecho a la confidencialidad. La entidad garantiza el máximo respeto a la confidencialidad de la información, así como a la protección de los datos personales de sus usuarios. Cuando sea necesario el trabajo en equipo, el secreto compartido obliga a todos los profesionales implicados.

Derecho a la intimidad. La intimidad del usuario será siempre respetada, sin que ello implique renunciar al cuidado de situaciones derivadas de su patología.

Derecho a conocer la normativa del centro. El usuario tiene derecho a ser informado por escrito de la normativa del servicio y de su aplicación.

Derecho a ser atendido en las reclamaciones. El usuario tiene derecho a conocer y utilizar los cauces formales para comunicarse con la administración del centro y a presentar reclamaciones, sugerencias o cualquier valoración. En las reclamaciones escritas, tiene derecho a recibir una respuesta por escrito.

DERECHOS DEL ENFERMO HOSPITALIZADO

Derecho a aceptar o rechazar la hospitalización. Todo usuario de Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental, tiene derecho a aceptar o rechazar la hospitalización.

Derecho a la protección de la salud. Todas las personas tienen derecho a la protección de su salud, incluso cuando la enfermedad no les permite decidir en su propio beneficio.

Derecho al alta voluntaria. En la hospitalización voluntaria, el paciente tiene derecho al alta voluntaria, aunque sea en contra del criterio médico. Este derecho sólo puede ser limitado, si la situación clínica comporta algún tipo de riesgo vital para él mismo o para terceras personas.

En los casos de hospitalización no voluntaria, el paciente tiene derecho a ser atendido por un juez.

Derecho a la comunicación. De acuerdo con la organización del hospital, todo paciente tiene derecho a comunicarse con el exterior, a recibir visitas y a interrelacionarse libremente.

Derecho al consentimiento escrito. En los casos de intervenciones terapéuticas que impliquen riesgo o incomodidad especial, el paciente tiene derecho a dar o negar su consentimiento por escrito.

Estos derechos sólo pueden ser restringidos por indicación médica escrita, en función del estado de salud del paciente y por el mínimo tiempo necesario.

DERECHOS DE LOS FAMILIARES

Derecho a la información. Los familiares más próximos tienen derecho a recibir información completa, clara y comprensible sobre el proceso del paciente cuando éste esté de acuerdo, y también cuando presente una patología grave y tenga las capacidades disminuidas.

Derecho a colaborar en el tratamiento. El equipo terapéutico tiene que ayudar a las familias para que puedan colaborar en el tratamiento del paciente.

Derecho a conocer los recursos existentes. Las familias tienen derecho a ser informadas de los recursos existentes, de su funcionamiento y utilización; los profesionales darán la respuesta más adecuada a cada situación.

Derecho a visitar al familiar hospitalizado. Los familiares de pacientes hospitalizados tienen derecho a visitar a sus familiares en el horario establecido y en un hábitat adecuado.

DEBERES DE LOS USUARIOS

Colaborar en el tratamiento. El usuario tiene que colaborar, en la medida de su capacidad, en el cumplimiento del contrato terapéutico.

Respetar las personas y el entorno. El usuario debe respetar a los profesionales y a los demás usuarios, hacer un buen uso de las instalaciones y de los recursos que se ponen a su disposición.

Cumplir la normativa. El usuario tiene el debe cumplir la normativa del centro.

Firmar el alta en caso de no aceptar el tratamiento. El usuario hospitalizado voluntariamente debe firmar el alta voluntaria cuando la solicite o en caso de rechazo de un tratamiento necesario.

DEBERES DE LOS FAMILIARES

as familias deben colaborar en el tratamiento del familiar enfermo. Si está hospitalizado, también se harán cargo de los gastos personales. Lo visitarán y ejercerán una tutela en beneficio suyo, siempre que les sea posible.

El cumplimiento de estos derechos y deberes aporta y asegura calidad y dignidad en la asistencia al usuario.

Con frecuencia puede ser necesario que se planifique un proyecto de futuro, que aporte expectativas al paciente mediante una dinámica rehabilitadora que comporte cambios cualitativos en su vida.

Avanzar hacia una mayor sensibilidad de la sociedad sobre la problemática de las personas con trastornos psíquicos es indispensable para su pleno reconocimiento e integración.

La carta de Derechos y Deberes de Sant Joan de Déu está basada en la declaración de los Derechos del Hombre y en la dignidad de la persona humana. Se complementa con los derechos específicos del colectivo al cual se dirige, teniendo en cuenta su especificidad.

La carta se basa en el modelo de autonomía y en el respeto de los derechos de primer orden. Este hecho significa que siempre que un paciente tenga la capacidad de decidir de manera responsable, lo tiene que hacer. El profesional tendrá que calibrar los riesgos y beneficios que puede comportar la decisión, y siempre desde el punto de vista del beneficio del paciente.

La Carta de Derechos y Deberes vincula a toda la Institución, y los profesionales tienen la responsabilidad de aplicarla.

Cada uno de los derechos está pensado desde la competencia y la capacidad del paciente para decidir sobre su vida y su salud, por tanto desde el modelo de autonomía y reconocimiento a los pacientes como ciudadanos de pleno derecho.

Caso de pacientes hospitalizados

- El Derecho a aceptar o rechazar la hospitalización es el máximo exponente de la capacidad de decisión que ha de tener una persona ante un hecho que históricamente ha sido de indefensión. Siempre que no se demuestre la incompetencia para decidir sobre la hospitalización, el paciente tiene la última palabra al respecto y el médico psiquiatra podrá informar, pero nunca podrá imponer su criterio. La protección de los derechos fundamentales es el principio que rige este derecho.
- El Derecho a la protección de la salud hace reflexionar sobre los «deberes» de los profesionales frente a las personas que por su estado psicopatológico no pueden decidir coherentemente en beneficio propio.

La deontología profesional y la buena praxis hacen que, en determinadas situaciones de incompetencia mental, el profesional tenga que tomar decisiones en contra de la opinión de la persona enferma. Se aplica el principio de beneficiencia.

El derecho a la salud se convierte en un derecho de primer orden para los profesionales, ya que como personal sanitario ésta es la función primordial de su trabajo, su razón de ser. Cuando este derecho entra en contradicción con los derechos fundamentales, se ha de informar al juez. Hay que tener presente que sólo la recuperación de la salud mental puede hacer posible el ejercicio responsable de la ciudadanía.

El Derecho al alta voluntaria recuerda de nuevo el principio de autonomía, pues si no existe un riesgo grave, el paciente tiene que tener la capacidad para poder decidir sobre la finalización de su hospitalización.

Si el paciente tiene la competencia mental adecuada para tomar esta decisión, el profesional tendrá que aceptarla aunque no esté de acuerdo.

El Derecho a la comunicación pone énfasis en una necesidad y un derecho básico para toda persona. El funcionamiento de los servicios tiene que facilitar el mantenimiento de las relaciones y comunicaciones de la manera más normalizada posible, teniendo en cuenta el estado de salud del paciente, su edad y su cultura. Así lo señala el Libro blanco citado (6.2).

Este derecho sólo será restringido en beneficio del propio paciente, cuando se puedan derivar situaciones perjudiciales para él.

■ El Derecho al consentimiento escrito está enmarcado en la propia Ley General de Sanidad. Toda persona adulta y responsable tiene derecho a dar o negar su consentimiento ante cualquier intervención extraordinaria. El profesional tiene que dar la información de manera objetiva y explicar las alternativas terapéuticas exis-

Como señala la Carta de Derechos y Deberes a pie de hoja, todos estos derechos sólo podrán ser restringidos por indicación médica escrita, en función del estado de salud del paciente y por el mínimo tiempo necesario.

Según el Libro blanco «Sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas afectas de Trastornos mentales, con especiales referencias a los ingresados de forma involuntaria en un centro psiquiátrico», cualquier persona que padezca un trastorno mental tendrá que mantener aquellos derechos civiles y políticos para los cuales tenga capacidad de tomar decisiones. Cuando el paciente no tiene esta capacidad se tendrán que tomar las medidas necesarias para que sus asuntos se hagan funcionar en su interés (11.1).

LOS LÍMITES **DE LAS INTERVENCIONES EN** LAS INTERVENCIONES LÍMITES

Ta modalidad de ingreso involuntario se puede consi-L derar como la primera restricción y la más importante ya que se priva al paciente de su libertad, de sus derechos como ciudadano.

A pesar de esto, si esta decisión no es suficiente y siguen existiendo riesgos para sí mismo o para los otros se tendrán que tomar otras medidas restrictivas, pensando, siempre, en el beneficio de los pacientes.

Las personas que necesitan medidas extraordinarias tienen que ser consideradas como pacientes de alto riesgo, su situación clínica de gran vulnerabilidad y con un alto nivel de dependencia. La Joint Comission define la restricción como el uso de procedimientos físicos o mecánicos dirigidos a limitar de parte o de todo el cuerpo, con la finalidad de controlar las actividades físicas y proteger a la persona de lesiones que puede infringirse o infringir a otros.

Las medidas pueden ser de diferente modalidad y gradación.

Éstas son:

- No comunicación con el contexto exterior, aislamiento del entorno no hospitalario.
- No salidas de la clínica o del recinto hospitalario.
- Tratamientos farmacológicos forzados.
- No recibir visitas de familiares ni amigos.
- Aislamiento individual en habitación de contención.
- Sujeción mecánica de 2 o 4 miembros en habitación de contención.

Las medidas restrictivas pueden profundizar la vulneración de los derechos de primer orden de la persona hospitalizada, por lo tanto es necesario que se extremen todos los mecanismos de protección del paciente. Las condiciones para aplicar medidas restrictivas serán las siguientes:

- Se aplicarán siempre como una situación de excepciona-
- Se tomarán cuando no exista ninguna otra alternativa.
- La duración de la medida será del mínimo tiempo necesario.
- Siempre se aplicarán en beneficio del paciente.
- La medida siempre será proporcionada al estado psicopatológico que presenta el paciente. Si con una medida de menor restricción podemos asegurar el bienestar del paciente no se decidirá nunca una más restrictiva.
- Se minimizarán los efectos no deseados, así como el impacto psicológico negativo.

Su aplicación tiene que tener siempre una justificación clara y tiene que formar parte del plan terapéutico.

En situaciones excepcionales se pueden aplicar para proteger a terceras personas, pero nunca de una manera continuada ni para prevenir conductas agresivas de personas competentes.

GUÍA DE PRINCIPIOS PARA LAS INTERVENCIONES RESTRICTIVAS

Aislamiento de la comunidad (hospitalización cerrada)

INDICACIÓN

■ Empeoramiento del estado psicopatológico del paciente por el hecho de estar sometido a un estrés elevado por interacción con personas significativas, tanto en presencia directa como telefónica.

- Peligro para terceras personas del entorno normal del paciente.
- Observación del tipo de interacción en la clínica como parte del diagnóstico.
- Control sobre influencias potencialmente de riesgo (personas, sustancias o situaciones).

OBJETIVO

- Disminución del estrés.
- Evitar heteroagresividad.
- Disminución de riesgos procedentes del entorno.

METODOLOGÍA

- Información al paciente de la indicación de la medida y el motivo de ésta.
- Información a todos los miembros del equipo terapéutico.
- Medidas de control.

CONTROL

- Visitas más frecuentes para valoración de los cambios psicopatológicos.
- Evaluación de los efectos beneficiosos de la medida.

El Libro blanco citado opina que el derecho a la correspondencia con el representante legal o su abogado no puede ser nunca conculcado (11.8).

Restricción de salidas

INDICACIONES

- Asegurar y dar continuidad al tratamiento farmacológico.
- Evitar riesgos continuos (procedentes del entorno) para el paciente.

OBJETIVO

- Disminuir las posibilidades de fugas.
- Aumentar la propia seguridad y la de los otros.
- Dar continuidad al tratamiento.
- Promover el aprendizaje y el autocontrol de la conducta del paciente a través de permisos terapéuticos controlados.

METODOLOGÍA

- Información al paciente de la medida y el motivo.
- Información de las condiciones que se han de dar para cambiar la indicación.

CONTROL

- Control de enfermería de la presencia del paciente en el servicio.
- Retirada de la ropa de calle y uso obligatorio de pijama.

Tratamiento farmacológico forzado

INDICACIÓN

- Situaciones de agitación y/o confusión.
- Evitar empeoramiento del cuadro psicopatológico y riesgos asociados. Nula conciencia de enfermedad.

OBJETIVO

- Mejorar el estado psicopatológico con los menos efectos secundarios posibles.
- Recuperar la salud y posibilitar la rehabilitación.

METODOLOGÍA

- Siempre que sea posible dar la máxima información al paciente.
- Si el paciente tiene la suficiente capacidad, dar la posibilidad de decidir entre diferentes opciones de tratamiento.
- Información de los efectos secundarios.
- Información de los cambios de dosificación.
- Información de los cambios de medicación.
- Probar educación sobre la enfermedad en el momento apropiado.

CONTROL

- Visitas más frecuentes.
- Seguimiento de enfermería.
- Seguimiento de los efectos secundarios.

- Evaluación de la mejora.
- En tratamientos largos se da la mínima dosis posible.

Restricción de visitas durante la hospitalización

INDICACIÓN

- Estados confusionales o de agitación.
- Situación de estrés relacional.
- Empeoramiento del cuadro psicopatológico relacionado directamente con relaciones familiares conflictivas.
- Crisis actual interpretada por el paciente como causada por los familiares.
- Visitas de amigos con relaciones conflictivas o que faciliten tóxicos al paciente.

OBJETIVO

- Mejora del estrés.
- Mejora de las relaciones familiares.
- Evitar riesgos.

METODOLOGÍA

Informar al paciente y pedir su opinión sobre la medida, siempre que sea posible.

CONTROL

- Informar a los afectados.
- Aviso a todo el equipo terapéutico de la medida.

Los expertos del libro blanco creen que las visitas de personas externas es un derecho que se puede restringir siempre que pueda ser perjudicial para la salud del paciente o para los derechos y libertades de otras personas (11.9).

También subrayan qué medidas, como son el registro de pacientes y habitaciones, test urinarios de tóxicos... se aplicarán según las normas de la institución psiquiátrica afectada (11.9).

Aislamiento en habitación apropiada

INDICACIÓN

- Autoagresividad y conductas suicidas.
- Heteroagresividad.
- Cuadros confusionales.
- Cuadros de agitación.
- Intoxicaciones con trastorno de conducta.
- Trastorno del control de impulsos.
- Conductas antisociales que afecten significativamente la convivencia de la clínica o los derechos de otros.
- Consumo de sustancias psicoactivas.
- Como parte de un programa de tratamiento.

OBJETIVO

- Evitar conductas de riesgo.
- Vigilancia intensiva de los profesionales para garantizar la seguridad del paciente.
- Control de exposición a estímulos.
- Control del estado somático.
- Control del tratamiento farmacológico.

METODOLOGÍA

- Pautas del procedimiento: Cuando el paciente se muestra agresivo o reticente, un mínimo de 4 personas procederán a la inmovilización, un miembro del equipo técnico será el director del procedimiento. El director comunicará de forma clara que se procede al aislamiento del paciente para un mejor control, se pide al usuario si quiere colaborar y se dan unos segundos para la respuesta.
- Indicación del terapeuta responsable.
- En horario de guardias la indicación la hará el médico de guardia.
- En situaciones de urgencia indicación del personal asistencial, comunicando inmediatamente el hecho al terapeuta responsable o al médico de guardia.
- La indicación se consignará por escrito, así como los cambios de régimen de estancia o el alta.

CONTROL

El paciente estará en pijama y desprovisto de objetos potencialmente agresivos:

- Observación médica antes de 3 horas.
- Observación médica cada 12 horas.
- Revisión del personal de enfermería cada 2 h como mínimo.

Curas somáticas:

- Valoración cada 8 h. Del grado de conciencia y orientación.
- Control de la patología somática que presente.
- Toma de constantes: cada 24 h como mínimo.
- Mantenimiento del nivel de hidratación.

Administración de fármacos vía parental:

■ Tomar la T. A. antes de la administración del fármaco y una hora después.

CURAS DE LA VIDA DIARIA

- El paciente se duchará una vez al día como mínimo.
- La vajilla de la comida será de plástico, no se facilitarán cuchillos ni tenedores, la comida estará troceada.
- Sólo se podrá fumar en presencia de personal.

Curas psicológicas por parte del personal de enfermería:

- Adoptar una actitud terapéutica en todo momento.
- Favorecer la confianza.
- Orientar al paciente en la realidad témporoespacial.
- Dar respuestas claras y concisas.
- Reducir los estímulos externos que puedan aumentar su confusión.
- Escuchar todo el tiempo que sea posible y hablar únicamente lo que sea necesario.
- Proporcionar seguridad y transmitir que el papel de los profesionales es el de cuidar de él.

REGISTROS

- Historia clínica.
- Historia de enfermería.
- Hoja de medicina interna.
- Hoja de habitación de vigilancia.
- Hoja de indicaciones.
- La finalización de la medida siempre será gradual y por indicación del terapeuta.

Sujeción mecánica

INDICACIÓN

- Cuando, a pesar de estar en vigilancia, no se puede garantizar la integridad del paciente, de los otros pacientes o del ambiente.
- Estados confusionales asociados a riesgos graves que no se pueden evitar con otras medidas.
- Estado de agitación.
- Estados de desorientación asociados a otros riesgos graves.
- Riesgo importante de caídas.

OBJETIVO

- Limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo con la finalidad de controlar las actividades físicas.
- Evitar conductas de riesgo de los cuadros psicopatológicos anteriormente mencionados.
- Garantizar la seguridad del paciente y de los otros.
- Proteger a la persona de lesiones que puede infringirse a él mismo o a otros.

METODOLOGÍA

La misma que para la medida de aislamiento más:

Tipo de inmovilización:

- Total: abdomen, dos extremidades inferiores y dos extremidades superiores en decúbito supino.
- Cruzada: abdomen, una extremidad superior y una extremidad inferior cruzadas.

CONTROL

El mismo que para la medida de aislamiento, más:

- Comprobación de las sujeciones periódicamente para garantizar la comodidad y la seguridad.
- Comprobación de la presión de las sujeciones para evitar lesiones por compresión o fregamiento.

Registros: los mismos de la medida de aislamiento, más:

Hoja de sujeción.

En los protocolos consultados se recomienda que tanto en la medida de aislamiento como en la de sujeción, la suspensión será progresiva incluyendo comprobaciones graduales de la superación del riesgo que la motivaron. Por ejemplo, si una persona se encuentra con sujeción total se pasará a sujeción cruzada y después a régimen de vigilancia.

Los protocolos de aislamiento y sujeción consultados están en la misma línea que las propuestas de recomendaciones del libro blanco de la comisión de expertos de la Unión Europea. Éstos consideran que el uso del las dos medidas, en periodos de corta duración tiene que ser proporcional a los beneficios y a los riesgos derivados. Los trabajadores tienen que tener un entrenamiento en técnicas de contención física. Creen que la respuesta a un comportamiento violento de un paciente tiene que ser gradual, intentando, primero, realizar una contención verbal, después una contención manual y como último recurso la contención mecánica (11.5).

La sujeción física siempre tiene que formar parte del tratamiento. La prescripción de la medida en largos períodos de tiempo se indicará sólo en casos excepcionales y cuando no exista ninguna otra manera de resolver la situación. En estos casos, es recomendable el asesoramiento de un Comité de Ética.

La razón y la duración de las medidas tendrán que estar documentadas en un registro adecuado y en la historia personal del paciente (11.6).

RESTRICCIONES COMO BASE **DE UN TRATAMIENTO EFICAZ**

a calidad de las atenciones en la aplicación de medi-La das extraordinarias, la sensibilidad y el respeto hacia la persona, la actitud de acompañamiento y la relación empática, determinarán el curso de la relación terapéutica.

Los profesionales no pueden actuar tratando a la persona como si fuera incapaz en todos los aspectos de su vida, sino, todo lo contrario, considerando que la dificultad del paciente es temporal y parcial, y que la finalidad de la medida es incrementar la competencia.

La consecución de la máxima autonomía posible, es un proceso que se concreta en las vivencias diarias, en el tipo de trato, en la consideración y respeto a la persona como tal, más allá de su problema concreto, así como en la humanización del medio.

El proceso de recuperación de un paciente es gradual y puede tener recaídas y mejoras. El objetivo del tratamiento es reducir la sintomatología, aumentar la conciencia de enfermedad, mejorar las relaciones con el entorno, recuperar capacidades que temporalmente estaban disminuidas, aumentar el nivel de autonomía. En definitiva, recuperar el estatuto de ciudadano de pleno derecho. Este hecho, comportará, lógicamente, el paso de la modalidad de hospitalización de involuntaria a volun-

Cuando el profesional, durante el proceso terapéutico, valora y examina la competencia mental, tiene que explorar la mejoría del estado psicopatológico así como la evaluación de la comprensión de la situación concreta: si sabe donde está, que está haciendo en el hospital, porque está ingresado, cuáles son las ventajas y desventajas del ingreso, qué nivel de conciencia de enfermedad tiene, y cómo se responsabilizará de ella.

El proceso de recuperación es complejo y viene determinado por muchas variables, el estado mental del paciente, las experiencias anteriores de hospitalización, las expectativas de futuro, con qué recursos comunitarios cuenta (entorno familiar contenedor, vivienda, recursos económicos, redes sociales...), el cumplimiento del tratamiento farmacológico.

Para los profesionales, las medidas restrictivas implicarán siempre la obligación de informar a la persona de todas las decisiones que se toman, así como el motivo y la finalidad.

Esta conducta, juntamente con el cuidado de la relación que se produce entre el paciente y los servicios de atención, puede estimular cambios significativos en la esfera de la autoconciencia del paciente. Los profesionales tienen que estar preparados para ir cambiando el estilo de relación con el paciente a medida que éste se recupera, y poder pasar así de una actitud paternalista a una relación de autonomía a través de la alianza terapéutica.

Si no se produce una cierta recuperación de la autoconciencia del paciente, como persona, no es posible la rehabilitación ni la asunción de los derechos como ciudadano.

Durante este proceso el terapeuta tendrá que decidir cual es el momento oportuno, habiendo valorado todos los parámetros anteriormente mencionados, para cambiar la modalidad de hospitalización de involuntaria a voluntaria, dar la palabra al paciente y que ambos puedan construir, con un trabajo de colaboración, el camino hacia la salud.

CONCLUSIONES

Tistóricamente los profesionales de la salud mental Históricamente los profesionales en la relación han aplicado un modelo paternalista en la relación de la terapéutica especialmente con los enfermos más graves.

A principios del siglo XX los recursos terapéuticos eran escasos y ofrecían pocos resultados efectivos. El trabajo de los profesionales era cuidar a los pacientes para que pudieran tener una vida lo más digna posible, pero sin esperar grandes cambios psicopatológicos; el personal tenia que responder por ellos y responsabilizarse del entorno y de la propia vida de la persona. Esta tendencia empezó a cambiar en los años 50 con el nacimiento de nuevos fármacos (neurolépticos) que ayudaban a reducir los síntomas positivos y a recuperar la conciencia y las capacidades. A pesar de esto, actualmente, cuando un paciente ingresa se encuentra en las mismas condiciones psicopatológicas que se encontraban los antiguos pacientes. Es por este motivo que la tendencia a aplicar el principio de beneficiencia todavía está muy presente en la praxis profesional actual, muchas veces sin discriminar si es la actitud adecuada para la situación concreta.

La frecuencia de situaciones de riesgo ligadas a la enfermedad mental hace que muchas de las medidas restrictivas intermedias que se aplican (restricción de visitas, restricción de salidas, tratamiento farmacológico forzado...) estén poco protocolizadas y más bien basadas en la buena praxis médica, entendida como un arte. Este hecho implica una falta de control para analizar si las medidas son las más adecuadas para el paciente y si están basadas en criterios éticos. Ciertamente, existe todavía la creencia que estas restricciones son intrínsecas a la propia hospitalización y por tanto, no son medidas excepcionales.

En cambio, las medidas más restrictivas como el aislamiento y la sujeción, suelen ser consideradas como intervenciones excepcionales que requieren algún tipo de regulación. Probablemente el riesgo físico (para el paciente) y jurídico (para el profesional) han contribuido a una mayor sensibilidad en los centros.

Según las características de cada servicio, los protocolos tienen algunas diferencias determinadas básicamente por el perfil de pacientes que atienden y por la experiencia propia, aunque es fácil encontrar en ellos alguna consigna defensiva por parte del equipo. Con casi total seguridad se podría confirmar que esta cuestión está relacionada con la tradicional falta de personal en las instituciones psiquiátricas y con el síndrome de «burn-out» de los profesionales.

Naturalmente esta histórica falta de personal por un problema de financiación del sector de salud mental, condiciona todo el modelo de atención que se aplica. Cuanto menos personal, más aplicación de medidas restrictivas. La seguridad de la persona hospitalizada y de los propios profesionales pasa a ser prioritaria.

En el futuro sería necesario diseñar un protocolo único de aplicación en los diferentes servicios y realizar una monitorización de la actuación.

La psiquiatría tiene que tender cada vez más a tratar al paciente con la máxima autonomía que sea posible para la situación de cada momento, pero no ha de caer en la idealización. La enfermedad mental grave comporta pérdida de capacidades y riesgos importantes, para el paciente y para terceros, especialmente en las situaciones agudas. Sólo una adecuada prevención de las crisis, una red asistencial realmente preparada para atender integralmente todas las necesidades de las personas afectadas, y una sociedad solidaria y madura, pueden hacer posible un futuro más esperanzador.

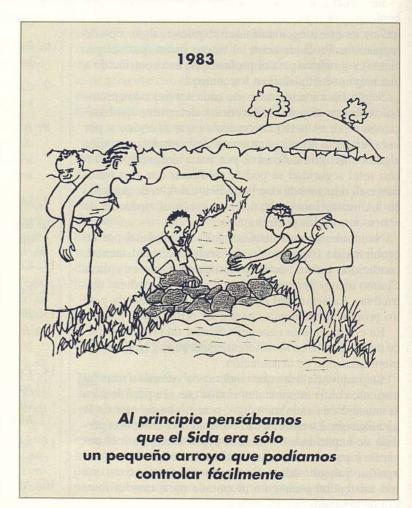
BIBLIOGRAFÍA

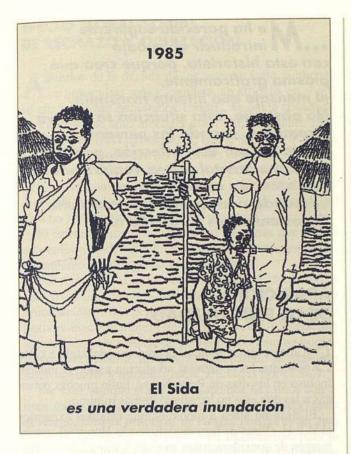
- 1. The Joint Comission on the Acreditation of Healthcare Organizations. Illinois: Oakbrook Terrace, 1996.
- 2. B. B. O'CONNOR. Culture and the use of patient restraints. Healthcare Ethics Committee Forum 263-276. 1998.
- 3. CONSEJO DE EUROPA: Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. Ed. Ministerio de Asuntos Exteriores. Oviedo, 1997.
- 4. GRUPO DE EXPERTOS: Libro blanco sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas afectas de trastorno mental, con especial referencia a los ingresados de forma involuntaria en un centro psiquiátrico. Consejo de Europa, 2000.
- 5. RAMOS, J. La competència mental i l'internament involuntari en Psiquiatria: entre el Dret i la Bioètica. Máster en bioética 1995-1997. Instituto Borja de Bioética (2001).
- 6. Bobbio, N. El tiempo de los Derechos. Ed. Sistema. Madrid, 1991.
- 7. Carta de Derechos y Deberes. Sant Joan de Déu, Serveis de Salut Mental. Sant Boi de Llobregat. Barcelona.
- 8. ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC: Utilisation de la contencion et de l'isolement: une approche intégrée. Publications de l'AHQ. Juin 2000 (disp en www. ahq.org).
- 9. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- 10. Real decreto de 24 de julio de 1889, Código Civil, modificado en 1983.
- 11. Código de Familia de 1998.
- 12. Ley 1/2000 de Enjuiciamiento Civil, de 7 de enero.
- 13. Protocolo de procedimiento de utilización de medidas de contención. Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental, (Julio 2001).
- 14. Protocolo de procedimiento a seguir ante consumo, posesión o tráfico de sustancias psicoactivas en el recinto hospitalario Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental, (Febrero 2000).
- 15. Aplicación de medidas de sujeción mecánica. Protocolo Hospital General de Manresa (Febrero 2001).
- 16. ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC: L'utilisation de la contention physique chez les personnes âgées: une pratique à réviser. Publications de l'AHQ. 1996 (disp en www. ahq.org).

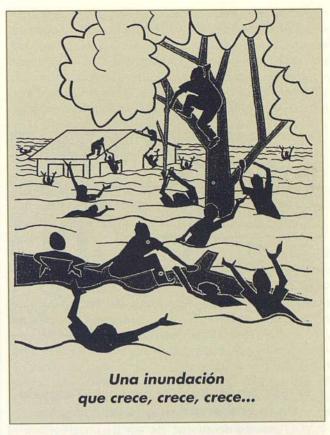
Enfermos mentales y Sida ¿una situación específica?

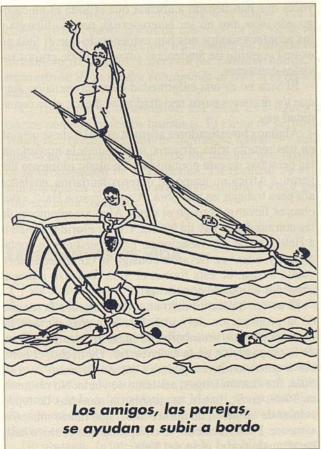
RICARDO DASÍ ARANDA O H INTRODUCCIÓN

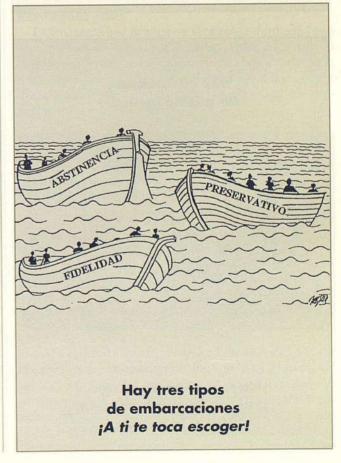
FLOTILLA DE LA ESPERANZA















e ha parecido sugerente I introducir el trabaio con esta historieta, porque creo que plasma gráficamente, el mensaje que intento transmitir. No obstante, esta situación se agrava y complica, cuando las personas afectadas por esta infección, padecen trastorno mental grave, requiriendo una atención específica, adecuada a la realidad de cada uno de los enfermos y su entorno.

APARICIÓN DE LA ENFERMEDAD

e afirma que el Sida, es la epidemia del siglo XX. No obstante, las epidemias no afectan a todo el mundo. Incluso en los días de Peste Negra, hubo muchas personas a las que ésta no les afectó lo más mínimo.

El Sida no ataca a todos los que estamos expuestos al V. I. H. (Virus de Inmunodeficiencia Humana), esto al margen de consideraciones morales y moralizantes. Hay voces que han llegado a afirmar que el Sida es un castigo «divino», por no ser heterosexual, pero la historia y los acontecimientos nos han evidenciado que el Sida no es una cuestión de tendencias sexuales ni de grupos sociales concretos.

El Sida no es una enfermedad de homosexuales, aunque los primeros casos registrados, se dieron en la comunidad gay.

Algunos investigadores afirman que el Sida se originó en una remota tribu africana, afectando a la mayoría de las personas de esta comunidad. En algún momento llegaron a África un grupo de obreros haitianos, enviados allí para trabajar en una obra. A su regreso a Haití, estos obreros llevaron consigo el virus. Algunos miembros de las comunidades gay de Nueva York y Florida, suelen ir a Haití a pasar sus vacaciones. Estas personas se contagiaron y a su vez llevaron consigo la enfermedad a su vuelta a casa; de esta forma, el Sida comenzó a propagarse por el mundo occidental.

El avión, ha contribuido en gran manera, a la rapidez de la propagación del virus. Los primeros portadores, llevaron el virus sin saberlo, de lugar en lugar, acelerando la propagación de la enfermedad. De hecho, el hombre a quien los investigadores llaman enfermo cero de Sida, fue Gaetán Dugas, asistente de vuelo. No obstante, en 1969, en St. Louis, se guardaron muestras de tejido celular de un joven de quince años, que murió misteriosamente. Posteriormente se comprobó que el chico estaba afectado por el virus del Sida.

FFECTO MORAL-SOCIAL, DE RECHAZO Y OCULTACIÓN

últimos de la década de los setenta, salió publicado A en una revista sensacionalista, un artículo, en el que se afirmaba que en Estados Unidos, se había detectado un cáncer, que sólo afectaba a los homosexuales. Esto provocó una reacción negativa, que a la vez se volvería en contra de todos: De las personas afectadas, de la comunidad científica, y del resto de la población mundial.

Si es una enfermedad que afecta a un colectivo despreciado, produce un efecto de rechazo y ocultación, para no ser identificado con este colectivo.

El ocultar datos por parte de las personas que sufren esta enfermedad, dificulta los procesos de investigación, tratamiento y hallazgo de soluciones.

Por otro lado, si es una enfermedad que afecta sólo a colectivos concretos -homosexuales, toxicómanos y prostitución— una persona que no pertenece a estos colectivos, no corre ningún riesgo, con lo cual, no tiene que adoptar ninguna medida de prevención... Esto ha contribuido a un aumento progresivo y disparado de personas heterosexuales y normalizadas, afectadas por el Sida.

Por esto, aunque sí que es verdad que hay unos colectivos más significativos, no podemos hablar de grupos de riesgo, sino de prácticas de riesgo, porque están bien definidas las vías de contagio o de transmisión, para lo cual se requiere un paso directo del virus, de determinados líquidos biológicos, infectados, a la sangre. Por lo tanto, existen cuatro modos de transmisión del virus: relación sexual sin protección, transfusión de sangre, intercambio de agujas y accesorios contaminados, y transmisión de la madre contagiada al feto, o al recién nacido.

Ciertamente, la transmisión del Sida, está ligada a ciertos comportamientos humanos. El clima de permisividad, de rechazo de valores humanos, morales y religiosos, es precisamente, uno de los factores que favorece la propagación de la epidemia. La realidad de esta enfermedad es reflejo del ambiente cultural y ético que subvace en la sociedad.

EXPECTATIVAS DE VIDA

sta es una cuestión que ha variado considerablemente, desde que se detectaron los primeros casos de enfermos de Sida, hasta nuestros días.

En los inicios, la comunidad científica contaba con pocos datos sobre la enfermedad. Se tenían escasos medios e instrumentos para combatirla. Cuando aparecían los enfermos, lo hacían ya casi en estado terminal, o muy avanzado de la enfermedad, con lo cual, las expectativas de vida eran escasas, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo.

No obstante, la infección por el V. I. H./Sida, no es un

fenómeno estático ni de evolución lineal, sino que se caracteriza por una evolución muy dinámica que se modifica con rapidez. Cada vez se conocen mejor los distintos aspectos de la enfermedad y se estudian y desarrollan nuevos tratamientos, con lo que la expectativa de supervivencia de los pacientes, está en continua revisión. De aquí que los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la enfermedad, van adquiriendo nueva significación y se incrementa su importancia.

PROBLEMÁTICA PSICO-SOCIAL **DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR** EL V. I. H./SIDA

os problemas psico-sociales a los que debe enfrentarse el enfermo de Sida son numerosos y muy diversos. Con frecuencia, y casi constancia, aparecen sentimientos de soledad, miedo, rabia, que a veces se expresan en forma de agresividad contra el entorno. La frustración que genera la enfermedad, en ocasiones, crea dificultades en la relación con el personal cuidador. De manera escalonada y progresiva van incrementándose el aislamiento social, las dificultades y los problemas relacionales. El enfermo con V. I. H./Sida se ve muchas veces rechazado por la familia y el entorno, recibiendo apoyo insuficiente o inadecuado. Todo esto se ve incrementado, y reviste especial dificultad cuando se trata de personas con un trastorno mental grave.

Es frecuente que la persona viva esta enfermedad con sentimientos de culpa, como castigo. Más aún, cuando tiene que enfrentarse a la muerte de una persona cercana, como consecuencia de la misma enfermedad. Algunos de los aspectos de la problemática psico-social que presentan estos pacientes son:

- Miedo, dudas, incertidumbre, rabia.
- Aislamiento y estigmatización social.
- Dificultades laborales y relacionales.
- Dificultades para el sexo.
- Rechazo. Poco o inadecuado apovo por parte de la familia o amigos.
- Vivencia de la enfermedad como castigo, sentimientos de culpa.
- Fallecimiento de conocidos, duelo.

Todo esto hace que la persona afectada por el V. I. H. sea un usuario, en potencia, de los Servicios de Atención en Salud Mental, de ahí la importancia que tienen los profesionales de este campo, para intentar un enfoque de apoyo integral al paciente.

Un papel fundamental de los Servicios de Salud Mental, es la prevención, a todos los niveles. Todos los factores que influyen en el mantenimiento de las prácticas de riesgo, deben ser considerados objetivos prioritarios en la intervención ante el Sida. Adoptar una estrategia de detección y modificación de estas conductas para frenar la expansión de la epidemia, es una tarea en la que desempeñan un importante papel los Servicios de Salud Mental, en coordinación con Atención Primaria.

La identificación de enfermos mentales con conductas de riesgo corre a cargo de las unidades de Salud Mental, que se presentan como los dispositivos con mayor capacidad para esta detección, y la puesta en marcha de las medidas preventivas oportunas, tales como:

- Investigación en todo paciente de hábitos tóxicos y sexuales, para detectar prácticas de riesgo.
- Educación sanitaria para cambiar este tipo de conductas y evitar un posible contagio.
- Diagnóstico precoz: ofrecer un estudio serológico a todo paciente con factores de riesgo, y que consienta a su realización. El diagnóstico precoz contribuye a la prevención, al permitir el estudio de contactos y la adopción de medidas para evitar la transmisión, facilitando el inicio precoz del tratamiento oportuno.
- Información y educación para cambiar las prácticas de riesgo en pacientes seropositivos para frenar la transmisión.
- Estudio de contactos: Identificar a los sujetos que mantienen prácticas de riesgo con los pacientes infectados, con seguimiento serológico, consejo v educación sanitaria.
- Información a la familia de la persona infectada por el V. I. H., considerando los aspectos legales, de confidencialidad y responsabilidad.
- Apoyo en la cumplimentación de la profilaxis y tratamientos prescritos.
- Apoyo a la Atención Primaria y otros servicios, para tratar a pacientes seropositivos con trastornos mentales, que no requieran atención especializada.
- Atención de los aspectos psico-sociales y tratamiento de los cuadros psiquiátricos específicos. desde los Servicios de Salud Mental, cuando se requiera. Contribuye a mejorar la calidad de vida del paciente, a la vez que evita otras consultas médicas o ingresos innecesarios.

EL ENFERMO MENTAL AFECTADO POR EL V. I. H.

la hora de tratar a una persona con trastorno mental y afectado por el Sida, los profesionales en Salud Mental, se enfrentan a problemáticas específicas que requieren intervenciones diferenciadas y a veces muy com-

Ante la necesidad de realizar una prueba de serología y de informar a familiares y contactos de un paciente seropositivo, nos enfrentamos a problemas complejos, como son el consentimiento informado, la confidencialidad y la responsabilidad, aspectos que han sido recientemente muy debatidos en cuanto su aplicación a enfermos mentales. Se plantean al respecto, diversas cuestiones: por una parte, considerar la capacidad del paciente para dar su consentimiento a la realización de la prueba diagnóstica de serología, y la necesaria confidencialidad, como garantía de todo el tratamiento, y por otra, el interés en controlar la expansión de la epidemia y la necesidad de proteger a los contactos del paciente.

Los enfermos mentales, en determinadas circunstancias clínicas y sociales, presentan diversos aspectos que facilitarían la ejecución de conductas de riesgo para la infección por el V. I. H. En este sentido, se da un elevado porcentaje de situaciones de riesgo para estos pacientes y su contexto socio-familiar. Hay que señalar, además, que los enfermos mentales crónicos, registran escasa información práctica y eficaz respecto a la infección por V. I. H., y que la mayoría de los portadores o de los contactos con seropositivos, no son conscientes de esta situación.

En los casos vinculados a drogadicción, a conductas homosexuales u otras prácticas de riesgo conocidas en seropositivos, la necesidad de indagar es obvia, pero por todo lo expuesto anteriormente, se desprende que el grado de este tipo de investigación debe ser mayor en enfermos mentales en general, que en el resto de la población. Se ha señalado que en las ciudades con alto nivel de infección por V. I. H., los enfermos mentales crónicos, tienen un 8 % más de posibilidades de infectarse, que la población general. Diversos autores han reseñado tasas altas de infección por V. I. H. entre pacientes psiquiátricos (Cournos et al, 1991; Sacks, 1992; Ayuso et al, 1992; Salvador et al, 1995).

CONSIDERACIONES ÉTICAS SOBRE EL PACIENTE PSIQUIATRICO CON V. I. H./SIDA

] I posicionamiento que requiere el tratamiento de personas con trastorno mental, afectadas por el V. I. H., se encuadra dentro del marco ético que ilumina el tratamiento a toda persona enferma de Sida, aunque bien es verdad que en algunos casos, por razón de su patología mental o su deterioro, requerirán valoraciones y actuaciones específicas, como es en los casos de incapacidad de un manejo personal autónomo, o en los casos de incapacitación.

La aparición del Sida en las sociedades modernas ha desencadenado una problemática múltiple, por un lado, el reto de su control epidemiológico y terapéutico y por otro lado, las consecuencias psico-sociales en la población.

Esta enfermedad se ha visto matizada por las controversias entre personas, y las posturas radicales que se toman ante ella, en las que han participado desde los propios enfermos y sus familiares, hasta los políticos, pasando por los profesionales sanitarios, todo ello, como expresión de sentimientos encontrados que trascienden el propio hecho biológico de enfermar.

Una explicación a esta realidad puede hallarse en el hecho de considerar el Sida como una enfermedad moral. Desde los tiempos de Hipócrates, la práctica médica se ha encontrado con dos tipos de enfermedades: a) Físicas o naturales, que son debidas a causas biológicas no relacionadas con los hábitos de vida, y b) Enfermedades morales, cuya causa es de origen «social», originadas por malos hábitos de vida o costumbres.

Dentro de las enfermedades morales, nos encontramos con un grupo de ellas que son secretas y vergonzantes, como las enfermedades de transmisión sexual, la enfermedad mental... etc. Estas enfermedades producen un rechazo social, y en respuesta, aparecen sentimientos de culpa en las personas que la padecen.

El Sida, considerado como enfermedad moral, es a la vez secreta y vergonzante por su transmisión sexual, y plantea problemas antropológicos, sociales y éticos.

La gran cantidad de cuestiones éticas y jurídicas que plantea el Sida y la enfermedad mental en los momentos actuales, no tiene fácil solución. Sin embargo, una aproximación a estos aspectos, permitirá avanzar hacia una mejor comprensión y una futura solución.

Los deberes médicos y asistenciales son, en principio, iguales para cualquier tipo de enfermo, y abarcan desde el diagnóstico y tratamiento, hasta la información y el consentimiento informado, junto al secreto profesional. Facetas, estas tres últimas, que están estrechamente ligadas a los aspectos jurídicos.

El paciente tiene derecho a recibir información completa de todo lo relativo a su proceso, incluyendo el diagnóstico, alternativas terapéuticas, riesgos y pronóstico, todo ello en un lenguaje sencillo y comprensible para el paciente y/o sus familiares (Ley General de Sanidad, 1986).

Al mismo tiempo, tiene derecho a la libre determinación entre las opciones que se le presenten de tratamiento. Antes de llevar a cabo cualquier actuación se requiere un consentimiento previo, excepto en las causas y actuaciones cuya urgencia no permita demoras, o en situaciones en las que el paciente se encuentre incapacitado para tomar decisiones, o en aquellas que se puedan derivar riesgos para la salud pública si el paciente no sigue el tratamiento. También, obviamente, en los casos que se trate de imperativo legal.

El enfermo también tiene derecho al secreto profesio-

nal, que implica garantizar el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar, y a la propia imagen. Existen dos excepciones a este derecho, una en el caso de que exista un delito público, ante lo cual, se está obligado a denunciarlo de forma inmediata, y otra, cuando existe peligro de contagio a terceras personas, con lo que aparece el dilema ético entre el derecho al secreto y el derecho a la vida.

Para el personal que trabaja en los hospitales psiquiátricos y se encuentran con el tratamiento de pacientes V. I. H. positivos, resulta especialmente problemático cuando los enfermos presentan intentos de autolisis, o pretenden hacer daño a terceros, mediante la exposición de la sangre. En estas situaciones es preciso valorar la capacidad de juicio del paciente, para tomar decisiones.

Saks et al (1990) han notificado el elevado número de factores de riesgo para la infección, existentes en los enfermos psiquiátricos, sobre todo, en los pacientes con trastorno bipolar, un trastorno límite de la personalidad, al cual se asocia una conducta de alto riesgo.

Otra cuestión ética que puede plantearse en la atención a pacientes psiquiátricos afectados por el V. I. H./ Sida, es la obligatoriedad o no de seguir el tratamiento. La Ley General de Sanidad (Art. 10.9) reconoce a todos los enfermos el derecho a negarse a seguir un tratamiento; por lo tanto, la respuesta es que, en términos generales no se puede obligar. Sin embargo existen tres excepciones a esta normativa, las cuales pueden estar presentes en la atención psiquiátrica:

- Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
- Cuando el paciente no tenga la capacidad suficiente para participar en el proceso de decisión.
- Cuando la urgencia no permita demora, por poderse ocasionar lesiones irreversibles o peligro de muerte.

El caso opuesto, que desgraciadamente se da con demasiada frecuencia, es no forzar al paciente a seguir el tratamiento cuando se requiere. Se ha observado que el número de altas voluntarias de estos pacientes en los últimos años, está aumentando, lo cual nos lleva a plantearnos que quizás estemos incurriendo en un abuso del principio de autonomía, para librarnos de pacientes conflictivos y problemáticos.

DERECHOS DE LOS USUARIOS DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL Y AFECTADOS POR EL V. I. H./SIDA

To existe ningún derecho que tenga el enfermo mental afectado de Sida, que no lo tengan las demás personas. Los derechos del enfermo, cualquiera que sea su patología, tienen su raíz en los derechos de toda persona, reconocidos por la ONU el 10 de Diciembre de 1948. Pero la condición en la que se encuentran estos enfermos, hace que tales derechos se concreten de un modo particular, aunque no siempre hayan sido respetados.

Por otra parte, la Constitución española de 1978, en el título I, relativo a los derechos y deberes fundamentales, en su Artículo 49, establece:

«Los poderes públicos, realizarán una política de prevención, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que se prestará la atención especializada que requieran, y los acompañarán especialmente, para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos».

De entrada, la persona enferma mental, afectada de Sida, en su fase de seropositividad, o en cualquier caso, siempre que su estado físico y mental se lo posibilite, tiene derecho a un trabajo, como todos los demás individuos de la sociedad. Las personas que sufren trastornos mentales, dada su especial situación, son más vulnerables a la posible conculcación de sus derechos, y por ello requieren mayor protección. Estos enfermos, como todos los miembros de la sociedad, tienen derecho a hacer uso de los servicios públicos y privados que estén a su alcance. En todas las fases de su enfermedad tienen los mismos derechos que cualquier ciudadano en-

A modo de esquema, presentamos algunos de estos derechos, desde el soporte que ofrece el documento elaborado por Sant Joan de Deu, Serveis de Salut Mental:

Derecho a la atención integral

Il usuario tiene derecho a la atención integral, basada en el respeto a la naturaleza biológica, psicológica, espiritual y social del ser humano, y, siempre que sea posible, en base a la aceptación mutua del contrato terapéutico.

La atención debe de ser una respuesta adaptada a la demanda de cada persona, familia, o servicio de la comunidad. Esta atención se concreta en la valoración de un equipo interdisciplinar.

En el caso de estos enfermos, afectados de Sida, esta asistencia no puede ser negada bajo ningún concepto por parte de cualquier profesional terapéutico, por motivo de miedo al contagio u otros.

Dentro de este derecho, se reconoce el del test de los anticuerpos del V. I. H., test que debe ser realizado gratis. Así mismo el enfermo tiene derecho a que se investigue sobre la terapia más adecuada, de modo profesional.

Estos enfermos poseen el derecho a ser atendidos por personas sensibles, afectuosas y expertas, capaces de comprender y responder, en el mejor de los modos, a sus necesidades reales, y que tengan una formación específica para la asistencia a pacientes de este tipo.

Derecho a la información

I usuario tiene derecho a solicitar y recibir información a lo largo de su proceso asistencial, completa y regular, verbal y escrita, y en un lenguaje comprensible. Este derecho no implica el acceso directo del usuario a la historia clínica. Esta se considera un instrumento de trabajo confidencial para los profesionales.

Estos pacientes, como todos los demás, tienen derecho a conocer la verdad sobre su estado. La verdad le debe de ser manifestada de modo pedagógico y progresivo, en la medida en que esté en grado y con capacidad de asumirla de modo posi-

Hay que tener presente tanto el derecho del sujeto a conocer la verdad y a ser ayudado posteriormente, como la necesidad de evitar que contagie a otras personas.

Derecho al consentimiento informado

iene derecho a la decisión personal, libertad L que debe ser reconocida y respetada, en particular, cuando el enfermo tiene necesidad de tomar decisiones importantes.

Implica el derecho a ser informado objetivamente y a dar o negar su consentimiento ante la aplicación del tratamiento, o medida terapéutica indicada, así como a que se contemple la preferencia justificada de un cambio de terapeuta.

Cuando la situación clínica comporte una disminución significativa de la capacidad mental de la persona, el derecho quedará limitado hasta que, a criterio clínico, remita dicha situación. En este supuesto, se debe recabar el apoyo y compromiso de actuación por parte de la familia o de los tutores. En este caso siempre se informará al médico.

En el caso de pacientes hospitalizados con una incapacidad mental manifiesta y con riesgo para ellos o su entorno, se les podrá denegar la petición de alta, y será necesario para ello, el amparo judicial, que garantice la protección real de sus derechos y los de la comunidad.

Derecho a la calidad de la asistencia

📘 ste enfermo tiene derecho a que no se lleve a cabo con él, encarnecimiento terapéutico ni acciones eutanásicas. Así mismo, tiene derecho a calmantes y tratamientos paliativos, aun cuando éstos puedan abreviar la vida o disminuir la conciencia, siempre que ello no le impida realizar otros menesteres que él considere más oportunos.

La calidad asistencial supone un correcto funcionamiento de unos servicios asistenciales y de soporte adecuados, la cualificación profesional del personal, la humanización en el trato, el cuidado del entorno y el hábitat del usuario, que garantice la intimidad, dignidad y seguridad de la persona, así como el derecho a la atención de sus necesidades espirituales y religiosas.

Derecho a la confidencialidad

e debe garantizar el máximo respeto a la con-Infidencialidad de la información, teniendo en cuenta la existencia del secreto compartido, que obliga a todos los miembros del equipo y de la Institución que atienda a estos enfermos.

Así mismo, estos pacientes poseen el derecho, además, a nos ser aislados más allá de lo que las condiciones reales de la enfermedad lo requieran, siguiendo el criterio de defender su salud y la de los otros, y nunca por motivos de marginación o miedo infundado al contagio.

El secreto profesional no obliga en los casos en que mantenerlo resulte perjudicial para el paciente, dañe a terceros, o sea requerida la información por resolución judicial expresa.

Derecho a la intimidad

a intimidad de estos enfermos debe ser garanti-Izada siempre, sin que ello implique renunciar al cuidado o vigilancia de situaciones derivadas de su patología.

Derecho a conocer la normativa del centro

Il paciente debe ser informado por escrito, de la normativa del centro y de su aplicación.

Derecho a ser atendido en sus reclamaciones

El enfermo debe conocer y utilizar los cauces formales para presentar reclamaciones, sugerencias, y en general, para comunicarse con la Administración de la Institución. En las reclamaciones escritas, tiene el derecho de recibir una respuesta por escrito.

(Esta formulación de: DERECHOS DE LOS USUARIOS EN SALUD MENTAL Y AFECTADOS POR EL V. I. H./SIDA, está inspirada en la «Carta de derechos y deberes de los usuarios», que aprobó y publicó Sant Joan de Deu, Serveis de Salut Mental, el 13 de Febrero de 1995. No obstante, existe otra publicación, revisada y actualizada en Abril de 2001).

PROCESO EVOLUTIVO QUE SIGUEN ESTOS ENFERMOS

La noticia de la infección por el V. I. H., constituye una amenaza real en la vida de una persona, y depende de su estado psicopatológico, esta amenaza adquiere una expresión existencial u otra. Pero lo que sí aparece como cierto, es un mosaico emocional, que va adquiriendo perfiles distintos, según el momento y el proceso que realiza cada persona.

En este intento de comprender mejor el proceso que sigue el enfermo de Sida, su experiencia a lo largo del tiempo, diversos autores han propuesto modelos descriptivos de tal proceso, que lo han denominado fases.

Alejandro Rocamora, en su estudio (Psicopatología del Sida. Madrid 1989), comienza ya desde la fase de sospecha:

Fase de sospecha

Ce caracteriza por la vivencia «entre el temor y la negación defensiva» de personas que han tenido prácticas de riesgo. En las personas con trastorno mental, que en un período de descompensación han tenido comportamientos de riesgo, cuando tienen ya un contacto sano con la realidad y deciden hacerse las pruebas clínicas, en el período de espera, los pensamientos fluctúan entre la «casi seguridad» y el «no voy a tener tan mala suerte».

Portador de anticuerpos

sta es una fase difícil de definir en cuanto al tiempo. Se caracteriza por el Shock, llegando a cristalizar frecuentemente en una ansiedad paranoide: «El enemigo está fuera de uno mismo». Aparecen conductas defensivas de desconfianza y agresión contra el entorno. Se tiene además, la dificultad de eliminar ideas catastróficas sobre el propio futuro.

Diagnóstico de Sida

uando ya se da el diagnóstico definitivo de ingreso en la enfermedad y aparecen las infecciones oportunistas, la vida del paciente cambia radicalmente. El proceso de la enfermedad en-

tra en su fase de mayor dependencia, en la que se dan generalmente las siguientes actitudes:

Actitud de negación. Es un mecanismo de defensa que tiene la función de reducir el estado de estrés psíquico, y «ganar tiempo» para adaptarse a la enfermedad. Es un momento en el que todavía no se puede asumir la realidad de enfermedad, el hecho de negarla o rechazarla, se convierte en un recurso para mantener el equili-

En principio, hay que reconocer un valor positivo a la negación, siempre que no traspase ciertos límites y que no esté en riesgo el posible contagio a terceros.

Este mecanismo funciona en buena parte de aquellos que, aun habiendo recibido el diagnóstico, no han cambiado comportamientos de riesgo. Por lo tanto, será función y responsabilidad de la Institución acogedora (en caso de pacientes psiquiátricos ingresados) el tratar adecuadamente a estos pacientes, y proteger al resto de población asistida y «asistente».

La negación es una defensa que no puede ser mantenida durante mucho tiempo. Suele estar seguida de la actitud de rabia.

Actitud de rabia. Es el mecanismo por el cual el individuo reacciona a la enfermedad como si fuera causada por «alguien externo». El individuo se defiende de la angustia provocada por la enfermedad, atribuyendo a otros la responsabilidad de su estado. El enfermo proyecta al exterior la causa de sus malestares. Esta situación, en pacientes psiquiátricos, puede llevar a verdaderos delirios de persecución.

El enfermo se pregunta ¿Porqué yo?, y puede llegar a manifestar la rabia en relación a Dios, al cual, algunos le experimentan como el que les pone a prueba y cuyo solo pensamiento les produce rabia.

La agresividad puede convertirse en algo peligroso, sobre todo, en pacientes psiquiátricos con dificultad o incapacidad para controlar sus impulsos conductuales, lo cual se puede manifestar en:

a) Agresividad contra el entorno, traducido en diversos comportamientos, como pueden ser: multiplicar las relaciones sexuales, situar jeringuillas contaminadas en lugares públicos... Esta sería la «venganza» de los enfermos que consideran a la sociedad como la originaria de su situación, por lo que responden con un intento de destruir a los demás.

b) Agresividad hacia sí mismo, lo cual se manifiesta en ideas e intentos de suicidio, fruto de la toma de conciencia de las grandes pérdidas experimentadas, de las que se prevén, v del sentimiento de culpa y de responsabilidad sobre el estado de enfermedad.

Actitud de pacto

s la situación que vive el paciente cuando ya no puede negar la evidencia, ni las acciones agresivas le sirven. Llega un momento regresivo en el que hace distintos acuerdos secretos consigo mismo y con Dios, con la intención de posponer lo que experimenta ya como inevitable. Es un comportamiento propio de la infancia, que tiene que ver con el sentimiento de culpa y el deseo inconsciente de repararla.

Este es un mecanismo de defensa regresivo, para huir de la frustración impuesta por la realidad actual. Mecanismo que en algunos pacientes psiquiátricos, toma la forma de «auténticos apostolados» por la causa reparadora del mal en el mundo, llegando a ocupar todo el tiempo en discursos y ritos expiatorios.

Actitud depresiva

s quizás, la actitud más característica y frecuente entre los enfermos de Sida, por ser la reacción más frecuente y «normal» ante las pérdidas. A veces se manifiesta mediante la disminución de los propios intereses, y otras, adquiere formas más importantes y graves, con tendencia al autoaislamiento, aumentando los sentimientos de culpa, pudiendo llegar a la desesperación y al suicidio. Disminuye el nivel de autoestima de manera considerable. La característica fundamental es la pasividad.

Según la patología específica del paciente psiquiátrico, esta actitud adquiere formas específicas, que van desde el distanciamiento y frialdad psicóticos, hasta el suicidio.

Actitud de adaptación-aceptación

egún Kübler Ros, si un paciente ha tenido suficiente tiempo y ha sido ayudado a pasar por las distintas fases, llega un momento en que ve su propio fin con actitud de aceptación y relativa tranquilidad.

Si una persona goza de la suficiente salud mental y espiritual, y está adecuadamente «acompañada», puede llegar al momento de la aceptación de la propia finitud, que es la actitud más realista a la que puede llegar una persona, la cual consiste en integrar la propia muerte, no con una resignación pasiva, sino invirtiendo las propias energías en la colaboración con todas las personas que le están ayudando a luchar contra la enfermedad.

Suele ayudar a realizar este proceso, el rescatar experiencias positivas y constructivas de la propia biografía personal, así como el poder reconciliarse con la propia historia, reparando los distintos objetos dañados, tanto internos como externos, que se han dado a lo largo de la trayectoria existencial.

Esta es una fase, o actitud, a la que no todas las personas llegan, para ello se requiere, como decíamos al inicio de este punto, una salud suficiente, tanto mental como espiritual, y estar adecuadamente «acompañada». No obstante, no es infrecuente que pacientes psiquiátricos graves, cuando llegan a un estado biológico terminal, sintonizan saludablemente con su biografía, rescatando recuerdos positivos en los que apoyarse, y negativos con los que reconciliarse, pudiendo realizar un proceso de despedida realista e integrador.

ACOMPAÑAMIENTO HUMANIZADOR, A PERSONAS ENFERMAS MENTALES, AFECTADAS POR EL V. I. H./SIDA

la hora de acercarnos a la persona enferma, nuestro A posicionamiento va a estar influenciado por el concepto antropológico que tengamos de la persona. Detrás de toda intervención de acompañamiento terapéutico existen supuestos, sean técnicos, morales o relacionales, que condicionan toda intervención. También están los supuestos antropológicos, es decir, en cada uno de nosotros hay una manera de concebir al hombre, y en este caso, al hombre enfermo, al hombre que sufre. De esta concepción, inevitablemente, se generará un tipo de relación u otro.

Por ejemplo, si nosotros consideramos al enfermo mental, afectado por el Sida, como una persona irresponsable y viciosa, que su único objetivo es pasárselo bien a toda costa, a pesar de los muchos intentos que se han hecho en informarle de los peligros que para él y para los demás tiene su conducta, de ahí se derivará un perfil de intervención condicionado.

Si por el contrario, se le considera una persona enferma, que tiene instaurados todos sus elementos constitutivos (biológicos, psicológicos, sociales y espirituales) tremendamente condicionados, lo cual afecta a la con-

ducta humana, tanto en su etiología como en su manifestación, probablemente el perfil de la intervención en el acompañamiento terapéutico, será otro.

Desde un modelo antropológico integral, el marco de intervención psico-social, que propongo ante la persona enferma mental, con problemas de Sida, es el de «Sanador Herido». Expresión tomada de H. J. Nouwen, un experto pastoralista.

El planteamiento que propone este modelo de intervención, sería el siguiente:

Tanto yo, como la persona enferma que tengo delante, somos dos «Sanadores heridos». Los dos tenemos heridas, algunas comunes, otras distintas, pero forman parte de la condición humana de los dos. Por otra parte, los dos también disponemos de recursos, de potencialidades, de capacidad de sanación, aunque algunas veces se encuentren secuestradas en lo más profundo de uno mismo. A partir de estas consideraciones, la tesis

- No es posible acoger la fragilidad y ayudar a curar las heridas de los demás, sin haber acogido antes y cuidado, las propias heridas, la propia vulnerabilidad.
- A partir de identificar e integrar las propias heridas, uno es más capaz de conocer, comprender y acompañar el proceso de curación de las heridas del otro.
- Si somos capaces de ayudar a la persona a descubrir y potenciar sus propios recursos, sin por ello negar sus heridas, estaremos consiguiendo que sea el auténtico protagonista del cambio, apoyando y fortaleciendo su autonomía, disminuyendo la dependencia y reconociéndole la profunda dignidad que posee como ser humano. Esto aporta también una gran riqueza a la persona cuidadora que acompaña el proceso.

El modelo de intervención que propongo sería el de Sanador herido a Sanador herido. Este consiste en que el compañero de viaje de la persona enferma mental con V. I. H./Sida, se encuentre con éste, tanto desde su poder sanador, como el reconocimiento de su herida, descubriendo también en la otra persona ambas dimensiones y conectando con ellas. Apelando a las fuerzas curativas presentes en la propia persona, sabe integrar lo negativo, y reconciliándose con los propios límites, se deja tocar por la tragedia del otro, desde le sensibilidad y la solidaridad propias de quien se siente limitado. Desde este punto de vista, la persona es comprendida en su sufrimiento, pero es interpelada en cuanto a los recursos personales, en cuanto a sus propios poderes sanadores. Se

convierte en sujeto activo en el proceso de su «sanación integral». Desde este enfoque, cuando nos encontramos Sanador herido y Sanador herido, mi herida no contaminará la tuya, pero se pondrá junto a ti como fuerza, como instancia de presencia y comprensión; mi sanador no correrá a salvar tu sensación de impotencia, pero apelará a las fuerzas curativas que están presentes en ti. Esto nos permitirá volvernos sensibles a la herida del otro, pero no mostrándole necesariamente nuestras propias heridas, sino desde la experiencia del sufrimiento reconciliado, y las actitudes que de ahí surgen (comprensión, autonomía beneficencia, justicia, sentido de la esperanza...) Mi poder curativo no puede sanar tu herida, es uno mismo quien debe sanarla, con la ayuda de otros a reconocerla, a reconciliarse con ella y a utilizar los propios recursos.

Este modelo de intervención no es apropiado para personas con alto deterioro mental, ya que se necesita un mínimo de posibilidad de contacto con la realidad, y aún así, se considera necesario el soporte de un equipo interdisciplinar, que ayude a realizar una asistencia integral e integradora de la persona enferma mental, afectada por el V. I. H./Sida.

ATENCIÓN AL PERSONAL CUIDADOR

In aspecto importante a tener en cuenta, es la problemática que puede afectar al equipo asistencial, que atiende a los pacientes psiquiátricos con V. I. H. Estos profesionales pueden experimentar situaciones de estrés, que hagan necesarias medidas de apoyo, informativas, y de contención de ansiedad.

Afortunadamente, en el momento actual, el miedo del contagio a la infección en el marco sanitario ha disminuido, en parte por un mayor conocimiento de la enfermedad, y en parte también, por la implementación de medidas sistemáticas de prevención. Hoy en día ya no hay razones para el aislamiento sistemático y diferenciado de los enfermos de Sida, en el ámbito hospitalario. Las medidas preventivas son las mismas que ante cualquier posibilidad de enfermedad infecciosa.

No obstante, la necesidad de afrontar situaciones relativamente nuevas, como es el contacto con pacientes de estilos de vida alternativos (homosexualidad, drogadicción, promiscuidad sexual...) puede generar en algunos casos, actitudes prejuiciosas y reacciones de rechazo con graves consecuencias para la calidad de la atención al paciente.

Otra fuente muy importante de estrés, es el contacto estrecho con pacientes en un deterioro progresivo e irreversible. De pacientes frente a los que el cuidador puede experimentar un sentimiento de terrible impotencia y

frustración, capaz de conducirle a situaciones de burnout.

El contacto frecuente con enfermos de Sida, nos hace tomar conciencia de un aspecto incómodo y molesto de nuestra condición: nuestra vulnerabilidad y nuestra impotencia. Pero si además, se trata de pacientes psiquiátricos, nos encontramos ante enfermos que tienen unas características específicas, las cuales nos hacen vibrar de manera particular, si no hemos caído en la indiferencia emocional, como mecanismo de defensa.

Cuando atendemos a personas, que además tienen una patología mental grave, se trata de enfermos con los que experimentamos un extraño miedo a una serie de fantasmas, que tienen que ver con la posibilidad del contagio, la muerte, el sexo, la fuga de lo que compromete... He aquí que surgen entonces numerosas interpelaciones que hace que nuestro sistema de valores se tambalee: «Luchamos por la salud y por el mayor bienestar cuando estamos ante una situación, muchas veces irrecuperable, y resulta que lo tenemos que hacer, incluso con personas, que la mayoría de las veces, han funcionado con la dinámica opuesta».

Surgirán conflictos éticos también cuando dentro de nosotros mismos, nos planteemos en que medida estamos poniendo en situación de riesgo a nuestros seres queridos con los que compartimos la vida, al trabajar con enfermos con los que, en caso de contagiarnos, la situación sería verdaderamente traumática.

 Impacto emocional. El trabajo con enfermos mentales, afectados de Sida, produce un fuerte impacto en el equilibrio emocional, debido a que se trata realmente de un trabajo destinado -en cierto sentido- al fracaso. Un trabajo que pone ante los ojos constantemente los límites y las necesidades insatisfechas de los pacientes.

Por más que la cultura hospitalaria tienda a promover la neutralidad afectiva para regular las relaciones entre el personal sanitario y los pacientes, la persona nunca puede prescindir totalmente del impacto emotivo, de manera especial, en estas circunstancias en las que el trabajo y la dedicación exigen una energía superior a la compensación recibida.

Algunos trabajadores de la institución asistencial psiquiátrica, viven realmente el miedo al contagio, que aumenta de modo especial, cuando los recursos asistenciales no son lo necesariamente confortables para prevenirlo con el máximo de seguridad. Otras veces, el miedo es provocado por la agresividad de algunos pacientes descompensados psiquiátricamente, sobre todo, si amenazan directamente. En realidad, no es insignificante el número de personas que sufren lesiones de riesgo en el servicio a enfermos mentales afectados de Sida, aunque, naturalmente, una mínima parte se contagia por esta causa.

Realmente estamos ante un trabajo estresante, dado que los pacientes descompensados están muy enfermos en el período de hospitalización, y requieren una asistencia intensa. Sólo estando atentos y conociendo nuestras emociones y mecanismos de defensa, podremos encontrarnos en condiciones para hacer frente a la relación con estos pacientes, de manera serena y profesionalmente correcta.

En el fondo, los enfermos mentales afectados de Sida, pueden hacerse espejo de nuestro inconsciente y revelarnos incómodamente, aspectos de nosotros mismos que no siempre estamos en disposición de acoger, y mucho menos, de revelar, como pueden ser: Una dimensión sexual opuesta y quizás no integrada, nuestra inmadurez afectiva, nuestra fuga de los conflictos...

Es importante el conocimiento y la aceptación personal para poder ofrecer una asistencia integral y humanizadora, ya que las relaciones personales, aunque meramente profesionales, llenas de humanidad, pueden dar sentido a una vida sin esperanza. De aquí la importancia de formarse y adiestrarse a la competencia en el arte relacional, en el arte de ayudar al enfermo, es decir, en la relación de ayuda.

Además del conocimiento personal, considero que hay también dos aspectos a tener en cuenta, que son de capital importancia a la hora de tratar a este tipo de enfermos:

- Uno es el realizar el trabajo en un equipo interdisciplinar bien constituido y que funcione, lo cual permitirá compartir responsabilidades.
- Por otra parte, una supervisión adecuada, realizada por un profesional especializado en Salud Mental, lo cual aportará seguridad, soporte y confort a los profesionales que tratamos desde el día a día, a este tipo de enfermos.

CONCLUSIONES: PRINCIPIOS BÁSICOS, APLICADOS A LA ATENCIÓN Y ACOMPANAMIENTO **DE ESTOS ENFERMOS:**

■ Beneficencia. El personal asistencial y todos los que tenemos la oportunidad de acompañar y cuidar a estos enfermos, lo deberíamos hacer, motivados por llevar a cabo aquello que verdaderamente beneficia al paciente, considerado integralmente.

Es verdad, que por las características de este tipo de enfermos, no siempre el «beneficiarlos» coincidirá con el «complacerles» en todas las demandas. Pero en nuestro posicionamiento debe prevalecer el principio de beneficencia.

■ No maleficencia. En el caso de enfermos mentales con un deterioro importante, muchas veces, nuestra intervención tendrá que ir encaminada hacia la «disminución de riesgos», procurando preservar tanto a la propia persona del enfermo que atendemos, como a su entorno.

- Autonomía. Este principio ni siempre es posible contemplarlo en el tratamiento de enfermos mentales, en el caso de incapacidad, bien temporal o transitoria, como en la permanente. No obstante, deberemos estar atentos para que en la medida de lo posible, hagamos valer este principio en las cuestiones y aspectos en los que el paciente sea competente.
- Justicia. Este principio pasa por no hacer ningún tipo de discriminación, ni diferenciación en el tratamiento de estos pacientes, que vayan más allá de las estrictamente imprescindibles, por las características peculiares que revistan cada caso.

Así mismo, estos pacientes tienen derecho a que se le brinden todos los medios científicos, profesionales y humanos existentes en la sociedad, y que necesiten en cada momento o fase de su enfermedad, orientado siempre por el principio ético de la justa distribución.

BIBLIOGRAFÍA

GARCÍA, CAMBA, E. Psiquiatría y Sida. Barcelona. MASSON, S. A. 1998.

BARBERO, J. El acompañamiento a personas con V. I. H./ Sida. Madrid 1998. Fundación CREFAT.

BERMEJO, J. C. Comprender y ayudar al enfermo de Sida. Chile 1995. Cáritas.

HAY LOUISE, L. El Sida. Cómo abordarlo de forma positiva. Barcelona 1993. Urano S.A.

BERMEJO, J. C. SIDA, Vida en el camino. Madrid 1998. Paulinas.

BARBERO, J., DE GREGORIO, C., FERNANDEZ, E. M. Salud, Droga, Sida. Madrid CCS. 1995.

BARBERO, J. ¿A quien comunicar el diagnóstico de V. I. H.? Confidencialidad. Santiago de Compostela. SEI-SIDA 1996.

BARBERO, J. Bioética, comportamiento y Sida en situación terminal; Enfoque multidisciplinar. Rev. De Psicol. Gral. Y Aplic. 1994.

BAYÉS, R. Sida y Psicología. Martínez Roca. Barcelona 1995.

RIMBELA, J. L. Cuidando al cuidador. Granada: Escuela de Salud Pública 1997.

GRACIA, D. Fundamentos de Bioética. Madrid: Eudema Universal 1989.

NOUWEN, H. J. M. El Sanador Herido. Madrid PPC. 1996.

NULAND, S.B. Cómo morimos. Reflexiones sobre el último capítulo de la vida. Alianza editorial 1995.

SIMÓN, P., BARRIO, I. M. Bioética, información e infección por el V. I. H. F M C 1994, 1,5 (May): 299-309.

COUSINS, N. Anatomía de una enfermedad. Barcelona 1982. Kairós.

HAY LOUISE, L. Usted puede sanar su vida. Barcelona 1989. Urano.

AMIGO VALLEJO, C. EL SIDA, una pastoral sanitaria especializada. Sevilla 1987.

CONCETTI, G. AIDS, problemi di coscienza. Pienuni, Roma 1987.

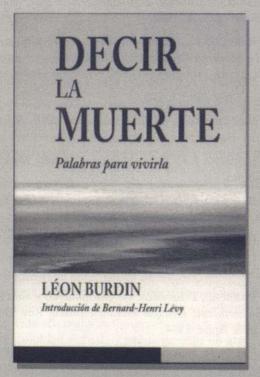
GAFO, J. EL SIDA, ¿Un azote de Dios?, en Vida Nueva, 1570 (1987).

KÜBLER ROSS, E. Sobre la muerte y los moribundos. Grijalbo. Barcelona 1975.

LAIN ENTRALGO, P. La espera y la esperanza. Alianza Editorial, Madrid 1984.

ROCAMORA, A. Aspectos psicológicos del Sida, en «Moralia» 1/2 (1989).

VIVENS, T. L. Antropología della morte. Garanzi, Milano. 1976.



Si te da miedo hablar de la muerte...

En este libro encontrarás el testimonio del diálogo creyente con enfermos que están a punto de morir. Su lectura te ayudará a encontrar las palabras necesarias para acompañar, esperanzar e iluminar desde la fe a los que están en el último trance de sus vidas.

Para llenar la vida de esperanza

232 páginas Precio: II,72 euros

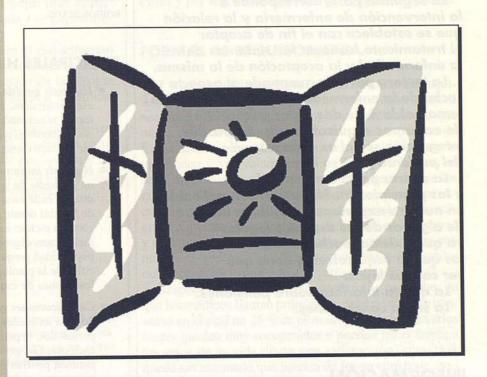
pli publicaciones Caretianas

Juan A.Mendizábal, 65 Dpdo. 3° - 28008 Madrid Tel.: 915 401 236 - Fax: 915 400 066

Clarel Roger de Llúria, 5 - 08010 Barcelona Tel.: 933 010 887 - Fax: 933 174 830

La relación con el paciente esquizofrénico

SABINA CALMET



INTRODUCCIÓN

🗔 l trabajo «LA RELACIÓN CON EL PACIENTE ESQUIZOFRÉNICO» describe a las personas que padecen esta enfermedad, habla de sus dificultades de comprensión y aceptación de la enfermedad, habla de la adhesión y conformidad del tratamiento, habla de la posible integración social. Lo escribo desde mi óptica de enfermera y desde mi lugar de trabajo en Consultas Externas de Salud Mental del Hospital General de Manresa.

Este trabajo está dividido en seis partes:

- Información sobre la enfermedad.
- Intervención de Enfermería.
- Integración social.
- Aspectos éticos y legales.
- Información sobre las pensiones.
- Conclusiones.

La primera parte corresponde al aspecto biológico de la enfermedad. Se define como una patología cerebral crónica que afecta el pensamiento, la emoción, el movimiento y la voluntad. Se incluye en este apartado las teorías que explican posibles origenes de la patología, formas de enfermar, tipos y síntomas de la esquizofrenia.

La segunda parte corresponde a la intervención de enfermería y la relación que se establece con el fin de aceptar el tratamiento, conocer los síntomas de la enfermedad y la aceptación de la misma.

La tercera parte corresponde al aspecto social de la enfermedad. Para dar luz a este tema hablaré de dos casos particulares de enfermos esquizofrénicos. Su posible integración social es vista a través del paciente y de su familia.

La cuarta parte corresponde a los principios bioéticos y, si son aplicables en nuestra experiencia. También hablaré de algunos de los aspectos legales ya que existen muchas situaciones en las que la esquizofrenia tiene que ver con las leyes.

La quinta informar sobre pensiones. La sexta conclusiones.

INFORMACIÓN SOBRE LA ENFERMEDAD

DEFINICIÓN DE LA ENFERMEDAD

a esquizofrenia es una patología cerebral que se tra-✓duce en signos y síntomas múltiples que involucran el pensamiento, la percepción, la emoción, el movimiento v la conducta.

Integra un importante grupo de enfermedades psicóticas caracterizadas por una gran distorsión de la realidad con trastornos del lenguaje y de la comunicación, desorganización y fragmentación del pensamiento, la percepción y las reacciones emocionales. Con frecuencia hay también aislamiento, nula interacción social, apatía, desinterés, confusión, delirios y alucinaciones, formas de lenguaje peculiares con evasión, incongruencia, conductas raras, fragilidad emocional, etc. Este trastorno puede ser leve o grave y necesitar una hospitalización prolongada. No se conoce su etiología, aunque en general se invocan factores genéticos, bioquímicos, psicológicos, interpersonales y socioculturales. El tratamiento consiste en la administración de neurolépticos, tranquilizantes, antidepresivos, ansiolíticos. La psicoterapia y la terapia de grupo, puede resultar muy útil para conseguir un ambiente adecuado en el que el paciente tome contacto con la realidad y aumente su capacidad de comunicación con los otros y aprenda a resolver el estrés. Estos procesos de desestructuración se encuentran en todas las civilizaciones y culturas. Esta afectación se inicia en los adolescentes o adultos jóvenes (en el 75 % de los casos se manifiesta entre los 15 y 35 años) y con frecuencia en ambos sexos.

PRINCIPALES HIPÓTESIS ETIOLÓGICAS

- Hipótesis genéticas: En los familiares biológicos de los esquizofrénicos, la proporción de esquizofrenia y trastornos relacionados es más elevada. No todas las personas vulnerables padecen esquizofrenia, deben de intervenir también elementos ambientales.
- Hipótesis inmunovirales: La esquizofrenia podría tener un gradiente de prevalencia. En el hemisferio norte, podría ser endémica en algunas áreas (por ejemplo al norte de Suecia) donde predomina en los nacidos en invierno, como la esclerosi múltiple exhibe discordancia en los gemelos monocigotos. Las teorías sociales gozan de gran popularidad porque podrían explicar la localización específica de la patología requerida, para justificar las manifestaciones de esquizofrenia sin necesidad significativa.
- Complicaciones gestacionales y perinatales: En los niños con antecedentes de complicaciones gestacionales y perinatales, el peligro de esquizofrenia es mayor. Explicaciones: Los genes que predisponen a la esquizofrenia, también podrían incrementar la probabilidad de problemas gestacionales y perinatales. Las influencias adversas sobre el cerebro en desarrollo aumentan el riesgo de dificultades al nacer y esquizofrenia posterior. El desarrollo cerebral podría comprometerse por disminución del aporte de oxígeno (hipóxia).

TEORÍAS NEUROANATÓMICAS

l concepto de esquizofrenia se considera como una disfunción de los circuitos neuronales. Las teorías neuroanatómicas están basadas en la descripción de las vías dopaminérgicas y la relación entre cerebro y conducta. Éstas intentan describir los efectos que provoca la esquizofrenia en la estructura anatómica del cerebro. Este órgano se organiza en circuitos neuronales y las lesiones estructurales o funcionales a cualquier nivel afectan a su totalidad. El sistema límbico interviene en la percepción, motivación, gratificación, memoria, pensamiento y muchas otras facultades que se deterioran en la esquizofrenia. Las lesiones de la corteza prefrontal producen apatía, disminución de la expresividad emocional y pérdida de la iniciativa y espontaneidad, conductas similares a los síntomas negativos de la esquizofrenia. Los

esquizofrénicos tienen dificultades para desplazar la atención visual, hecho que implicaría compromiso del hemisferio cerebral izquierdo.

TEORÍAS BIOQUÍMICAS

a actividad fisiológica de todos los sistemas está sometida a fenómenos bioquímicos, de forma que cabe esperar que éstos desarrollen un papel muy importante en la disfunción cerebral asociada a la esquizofrenia.

Las teorías bioquímicas se basan en el conocimiento de los circuitos neurotransmisores y su relación con la conducta y de los mecanismos de acción de las drogas que influyen síntomas esquizofreniformes o modifican la expresión de la enfermedad.

Dopamina y Esquizofrenia: En los esquizofrénicos estos agentes, en ocasiones agravan el cuadro; en particular la psicosis y la perturbación del pensamiento. En contraste, las drogas que bloquean los receptores postsinápticos atenúan las manifestaciones clínicas.

TEORÍAS PSICODINÁMICAS

e agrupan en dos paradigmas:

- Descriptivo-homeostático: Ordenan e integran los datos en base a las relaciones observables o planteadas. Contemplan causas e intentan explicar o comprender, como opera la enfermedad como sistema homeostático.
- Etiológicas-facilitadoras: Tienen una visión más amplia que la anterior (¿cómo se originan?, ¿qué elementos configuran su expresión?).
- Modelos psicoanalíticos: Escuela clásica Sigmund Freud, Escuela interpersonal Harry Stack Sullivan, Escuela británica de las relaciones objetales Melanie Klein, Escuela evolutiva Margaret M. H. Aler.

MODELOS DE TRANSACCIÓN **FAMILIAR**

xplica la esquizofrenia como la transmisión de interacciones erróneas entre la familia y el paciente. La enfermedad depende en gran medida de las experiencias del crecimiento y del desarrollo.

Emoción expresada y medio familiar: Hay factores familiares que precipitan o agravan la esquizofrenia. La emoción expresada consiste en actitudes y conductas de gran peso crítico y/o emocional de los progenitores hacia sus hijos. La efectividad negativa incluye cuatro tipos de comportamiento crítico: crítico, inductor de culpa, intrusión y de soporte inadecuado.

TEORÍAS NEURODINÁMICAS

odelos de vulnerabilidad al estrés: La esquizofrenia es el producto de la interacción de factores genéticos o biológicos y psicológicos, innatos o constitucionales y aprendidos a través de la experiencia. La esquizofrenia requiere un entorno familiar perturbado. En este modelo, las vicisitudes de la esquizofrenia están determinadas por la naturaleza de la vulnerabilidad y el estrés y por la fortaleza personal y el soporte del medio.

FORMAS DE ESQUIZOFRENIA

remos de hablar de formas pues no todas las esquizofrenias son iguales, ni todas evolucionan igual, ni necesitan el mismo tratamiento. Es una enfermedad que nunca es igual de una persona a otra. Puede aparecer de forma súbita o lentamente, sin motivos claros que lo justifiquen y va evolucionando en forma de brotes, es decir no de una manera continua sino en periodos en los que el paciente se encuentra muy mal y en otros se encuentra casi normal. Se dice que, en general cuanto más grave e intenso es un brote más daño hace en la persona y más mermado lo deja, de manera que una persona con un solo episodio esquizofrénico en su vida puede quedar más incapacitado que otro con varios episodios.

Respecto al estado en que quedan los pacientes, lo que los médicos llaman pronóstico, parece haber un consenso en el cual un 25 % de ellos después de uno o varios brotes quedan muy recuperados y pueden hacer frente a los retos de la vida diaria con satisfacción, otro 25 % queda tan mermado que precisa de forma constante ayuda profesional extrafamiliar y el 50 % restante evoluciona de forma inconstante con necesidades irregulares de asistencia profesional, pero en su mayoría con dificultades para llevar adelante un proyecto serio de vida. En este 50 % la familia es básica.

Se sabe que la evolución de una esquizofrenia dependerá en gran medida de las condiciones sociofamiliares y culturales. Así por ej. Las personas que viven en las grandes ciudades evolucionan peor y necesitan más hospitalizaciones en centros sanitarios que las que viven en ambientes rurales. Esta evolución imprevisible y poco homogénea no sólo desconcierta a las familias, amigos y profesionales, sino que es una desventaja importante para reconocer ayudas y subvenciones del estado, pues se muestra reacio a considerar la minusvalía en estos casos.

 Paranoide: Es la más frecuente y se caracteriza por predominio de los delirios respecto al resto de los síntomas, en particular delirios de persecución, de otras personas o grupos sociales para con el paciente. La persona es muy suspicaz, incluso irritable, no quiere compañía, mira de reojo y con frecuencia no come. Cuando se le pregunta elude la respuesta con evasivas y si la crisis es muy aguda te das cuenta de que algo grave está pasando en su cabe-

Es una enfermedad que nunca es igual de una persona a otra.

za. Puede haber alucinaciones, es decir, ver, oír voces que no existen, y esto genera muchísima angustia y temor.

- Hebefrénica: Es menos frecuente y hay falsas ideas, lo más fundamental. Son las alteraciones del estado de ánimo. Los pacientes presentan sonrisas inmotivadas, se quejan de problemas imaginarios y poco concretos y «siempre tienen razón» si se les lleva la contraria. No tienen fuerza de voluntad y tienden a la apatía y algunas veces tienen conductas rígidas. Es una forma de esquizofrenia que suele aparecer antes que la paranoide y es más grave, con peor respuesta a la medicación y tiene una evolución más lenta y negativa.
- Catatónica: Es una forma más rara que las anteriores y se caracteriza por alteraciones motoras, ya sea una inmovilidad persistente y sin motivo aparente o una agitación. Estos casos son cada vez menos frecuentes en la cultura occidental, pero en países menos industrializados y con niveles culturales bajos se dan con relativa frecuencia. Hay un síntoma muy típico que se llama obediencia automática, según el cual el paciente obedece ciegamente a las órdenes sencillas que se le dan.
- Indiferenciada: Son aquellos casos que siendo verdaderas esquizofrenias, no reúnen las condiciones de las tres anteriores y se incluyen aquellos pacientes imposibles de definir. También hay casos mixtos que comparten síntomas de diversos tipos.

SÍNTOMAS DE LA ESQUIZOFRENIA

I gran problema de los síntomas en la esquizofrenia es que la mayoría son subjetivos, es decir dependen de lo que verbaliza el paciente, y no existe ninguna manera de comprobarlo de forma imparcial, por tanto, sólo la formación y la experiencia de los profesionales y la ayuda incondicional de las familias y amigos pueden definir. La esquizofrenia es una enfermedad que presenta muchos y variados síntomas pero ninguno específico de ella, sino que se pueden encontrar también en otras enfermedades mentales, del mismo modo como la fiebre, el dolor o la tos son síntomas que se presentan en enfermedades físicas diversas. Aparte no existe ninguna prueba diagnóstica como analíticas, biópsias o radiografías para asegurar el diagnóstico.

Básicamente los síntomas son de dos tipos: positivos y negativos.

El hecho de ser positivo o negativo no tiene nada que ver con que sean buenos o malos para la persona. Los síntomas positivos son aquellas cosas que el paciente hace o experimenta y que las personas sanas no suelen

presentar como son los delirios, las alucinaciones y las conductas extravagantes.

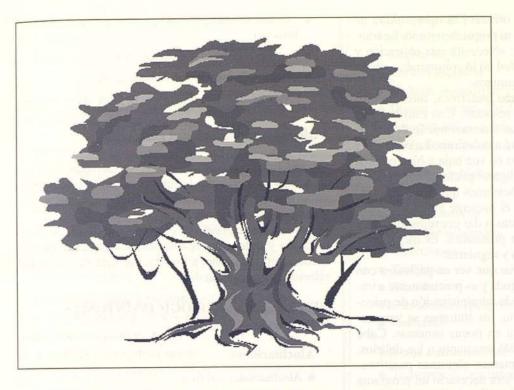
Los síntomas negativos son aquellas cosas que el paciente deja de hacer y que los individuos sanos suelen realizar cada día como levantarse cada mañana, ducharse, pensar con fluidez y lógica, experimentar sentimientos hacia las personas y las cosas, tener voluntad y emprender las tareas encomendadas.

Es habitual que con el curso del tiempo, los síntomas se apacigüen y casi desaparezcan quedando el paciente con las «secuelas» que consisten en un estado de pasividad, torpeza de pensamiento, contacto frío hacia las personas, abandono de sí mismo y de su casa pero sin presentar delirios ni alucinaciones y se llama fase residual de la enfermedad.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

omo enfocar la relación terapéutica?, ¿qué pasa con la persona que enferma por primera vez? Pues tienen reacciones diferentes y no saben como utilizar la ayuda profesional. Hay personas que se hacen más dependientes cuando se les ofrece ayuda y no desean liberarse y recuperar su autonomía; hay otras que viven muy mal eso de dejarse ayudar por personas extrañas, desconocidas; en cambio hay otras que tienen una actitud más positiva y lo viven como una experiencia de aprendizaje. De forma simultánea, la enfermera vive la jornada laboral como un conjunto de experiencias vitales nuevas, problemáticas y algunas veces dramáticas. Tanto los pacientes, como las enfermeras, se nos presentan muchas oportunidades para aprender, pues la enfermera simboliza la aceptación de las personas tal como son y la asistencia en momentos críticos, en momentos de estrés, por ejemplo, puede ayudar en una intervención quirúrgica, puede ayudar tratando de eliminar los síntomas de un trastorno de personalidad, de una psico-

En el caso de los pacientes psicóticos y/o esquizofrénicos, la enfermera es la que tiene interés en presentarse y establecer una relación de ayuda. ¿Cómo lo hacemos? En primer lugar, informando del lugar que nos encontramos, clarificando con el paciente la situación actual y haciéndole una entrevista, si el estado clínico lo permite. Eso es una garantía para que la persona esté orientada y se sienta aceptada desde el primer momento. Procuramos contactos regulares para observar como vive su estado de salud, cual es su mayor preocupación, demostrar calma, tranquilizar, favorecer la expresión de sentimientos, saber qué espera del personal que le atiende, etc. En estos contactos vemos qué diferentes son los pacientes y sabemos de sus expectativas en relación a la enfermera. La mayoría verbaliza sentimientos de incomodidad, malestar, falta de comprensión y no aceptan las medidas o los límites que supone la hospitalización. Cuando digo lími-



tes, me refiero al espacio vital y a la libertad de movimientos, horarios de comidas, de administración de medicación, permiso de visitas, teléfono, etc. Frente a las normas, inicialmente el paciente se siente impulsado a volver a casa, donde él/ella se siente seguro de la acogida familiar y no obstante siente que «le obligamos» a permanecer en el hospital para la observación de unos síntomas que él/ella niega. Hay que darle tiempo para relajarse y ordenar sus pensamientos. A medida que se va tranquilizando, el paciente va confiando más en su entorno y es más capaz de afrontar su trastorno, eso sí contando con el natural interés por parte del personal sanitario así como la cooperación de la familia. En esta situación los pacientes aprenden a analizar unos sentimientos que la sociedad ordinariamente rechaza, como sentimientos desamparo, sentimientos de dependencia, necesidad de llorar... Son momentos en que el paciente tiene escasa o nula conciencia de trastorno y es muy importante que la relación de ayuda sea eficaz, pues de ella depende en buena medida la prosecución del tratamiento.

¿HAY CONCIENCIA DE ENFERMEDAD **PSÍQUICA AL INGRESO?**

ara el enfermo psicótico/esquizofrénico, en un inicio, se le hace muy difícil «entender que pasa», es decir «comprender» su enfermedad porque aparte del choque y negación que supone para toda persona una enfermedad grave, en estos pacientes se añade el que uno de los principales síntomas de enfermedad, es la negación de enfermedad. Eso quiere decir que niega absolutamente y con rotundidad que él/ella padezca algún tipo de trastorno y que necesita ayuda. Es decir, no tiene conciencia de estar enfermo/a y por tanto su lógica es: «si no estoy enfermo, ¿porqué tengo que ir al médico?» o «no me tomaré las pastillas porque estoy bien», etc... La resistencia a aceptar ayuda es tan notable, que el paciente es capaz de todo antes que aceptar ayuda. Aquí entra en una fase de descontrol, grita en voz alta, se acelera física y verbalmente, hay marcada inquietud psicomotora, manifiesta rabia y puede ser agresivo con las personas que están a su lado y quieren ayudarle... cualquier persona o cosa se convierte en foco de su furia. No quiere ser molestado en absoluto y puede llegar a ofender de forma verbal o gestual a cualquier persona que se le acerque. Es obvio, que este tipo de enfermo crea temor y ansiedad, en especial si es agresivo porque su comportamiento es imprevisible.

El personal de enfermería fomentará sentimientos de confianza, haciendo actividades sencillas que no supongan una amenaza para el paciente, por ej. Pasear, juegos de mesa, expresión corporal, jugar a ping pong, cooperar en alguna actividad de limpieza, etc. Aunque al principio el paciente se muestra reticente, nosotros lo incluimos en las actividades, ofreciéndole así la oportunidad de cambiar de actitud. Si a pesar de eso observamos indicios de que tendremos problemas inminentes: ya sea un tono de voz elevado, por los comentarios cortantes, porque aparte del que dice da patadas a las sillas o amenaza con el puño, etc... intentaremos contención verbal y si no es efectiva, administraremos primero medicación vía oral y si no colabora y dadas las características crecientes de auto y hetero-agresividad, le aplicaremos el tratamiento que el psiquiatra prescribe en este momento que es sujeción mecánica y administración de fármacos vía intramuscular. La enfermera le ofrecerá la oportunidad de colaborar con nosotras para su propio beneficio. Le tranquilizamos y le explicamos: «Necesita esta inyección y tengo que dársela aunque usted no lo comprenda», «todo será más fácil si coopera conmigo».

Si el paciente grita «quiero matarme», intentaremos conocer que planes tiene al respecto. Con esto le hacemos saber al paciente que no tenemos miedo de hablar sobre la posibilidad de que se autolesione. La enfermera actuará manteniendo un tono de voz baja y bien controlada; reaccionará a lo que diga el paciente con interés, con actitud abierta y le explicaremos que nos preocupamos por él. Dejaremos que el paciente tenga su propio ritmo, pues formular preguntas o dar consejos al principio de la relación puede ser prematuro. Es mejor estar accesible a intervalos breves y regulares.

Todo esto que explico tiene que ver en pacientes con cuadros psicóticos en fase aguda y es precisamente a través de la hospitalización, de la administración de psicofármacos y de la psicoterapia, los síntomas se van atenuando y la persona mejora en pocas semanas. Cabe decir que la mejora es notable en cuanto a los delirios, alucinaciones, a lo que llamamos síntomas positivos. Para los síntomas negativos será necesario un programa de rehabilitación y estudiar cuáles son los recursos de cada persona: coeficiente intelectual, soporte familiar, intereses, aficiones, amigos, ámbito laboral, etc. De todo ello dependerá su nivel de integración y colaboración en el tratamiento. Para los pacientes con insuficientes recursos ya se prevé las dificultades añadidas de prosecución de tratamiento y al ser dadas de alta hospitalaria el médico lo deriva a las consultas externas de salud mental, donde seguirá controles ambulatorios tanto del psiquiatra como de la enfermera, asistente social, etc. Y es aquí llegados a este punto donde intervengo yo y desarrollo mi labor como enfermera.

Si enfatizo la situación del enfermo crítico, el inicio de su trastorno, su primera hospitalización que generalmente va en contra de su voluntad, es porque «de como han sido las circunstancias en el ingreso y del proceso de atención dispensado durante la hospitalización, dependerá en buena medida el seguimiento posterior».

CONTINUIDAD DE CUIDADOS A NIVEL **AMBULATORIO**

- Objetivo: Establecer una relación terapéutica entre paciente y profesional de enfermería.
- Método: Utilizo una entrevista semiestructurada y me reservo un espacio para la comunicación libre del paciente y para la administración del tratamiento depot.

Esto permite:

Hacer una valoración global del paciente.

- Trabajar la vinculación del paciente y la adhesión al tratamiento.
- Trabajar aspectos educativos.
- Favorecer la continuidad de la atención.

Valoración global del paciente

nivel psicopatológico, detección de signos o síntomas de alerta que hacen prever una descompensación (insomnio, aumento de la irritabilidad, suspicacia, ideación autoreferencial, etc).

Así mismo detección de efectos secundarios de la medicación y detección de necesidades básicas alteradas como el reposo, sueño, alimentación, higiene, seguridad, relaciones interpersonales.

NIVEL PSICOPATOLÓGICO/SÍNTOMAS POSITIVOS

Alucinaciones:

- Alucinaciones auditivas.
- Alucinaciones visuales.
- Alucinaciones cenestésicas.
- Alucinaciones olfativas.

Ideas delirantes:

- Delirio de persecución.
- Delirio de celos.
- Delirio de culpa, pecado.
- Delirio de grandeza.
- Delirio de religioso, místico.
- Delirio de somático.
- Delirio de referencia.
- Delirio de control.
- Lectura del pensamiento.
- Difusión del pensamiento.
- Inserción del pensamiento.
- Robo del pensamiento.

Comportamiento extravagante:

- Vestido y apariencia.
- Comportamiento social y sexual.
- Comportamiento agresivo y agitado.
- Conducta repetitiva o estereotipias.

Transtornos formales del pensamiento:

- Descarrilamiento (asociaciones laxas).
- Tangencialidad.
- Incoherencia (esquizoafasia).
- Circunstancialidad.

- · Presión del habla.
- Distraibilidad.
- Asociaciones fonéticas.

NIVEL PSICOPATOLÓGICO/SÍNTOMAS NEGATIVOS

Alogia:

- · Lenguaje pobre.
- · Contenido del lenguaje pobre.
- Bloqueo.
- Latencia de respuesta incrementada.
- Valoración subjetiva de la alogia.

Pobreza afectiva:

- Expresión facial inmutable.
- Movimientos espontáneos disminuidos.
- · Escaso contacto visual.
- Ausencia de respuesta afectiva.
- Incongruencia afectiva.
- Aplanamiento afectivo.
- Quejas subjetivas de vacío emocional o pérdida del sentimiento.

Abulia-apatía:

- Déficit de higiene y en el cuidado personal.
- Astenia y/o anergia física.
- Falta de persistencia o continuidad en el trabajo y otras actividades.
- Ouejas subjetivas de abulia y apatía.

Anhedonia-insociabilidad:

- Incapacidad para sentir intimidad y proximidad.
- De relaciones con amigos y parientes.
- De la actividad y interés sexual.
- Interés en actividades recreativas.
- Conciencia subjetiva de la anhedonia-insociabilidad.

Atención:

- Distracción social.
- Déficit atencional.
- Quejas subjetivas de falta de atención.

DETECCIÓN DE EFECTOS SECUNDARIOS ADVERSOS

Efectos psíquicos:

- Dificultad de concentración.
- Astenia/Fatigabilidad.

- Somnolencia/Sedación.
- Alteraciones amnésicas.
- Depresión.
- Tensión/Inquietud.
- Aumento duración del sueño.
- Disminución duración del sueño.
- Aumento de los sueños, malos sueños.
- Indiferencia emocional.

Efectos neurológicos:

- Distonia.
- · Rigidez muscular.
- Hipocinesia/Acinesia.
- Hipercinesia.
- Temblores.
- Acatisia.
- Convulsiones epilépticas.
- · Parestesias.

Efectos autonómicos:

- Trastornos de la acomodación.
- Aumento de la salivación.
- Disminución de la salivación.
- Náuseas/Vómitos.
- · Diarreas.
- Restreñimiento.
- Alteración de la micción.
- Poliuria/Polidipsia.
- Vértigo ortostático.
- Palpitaciones/Taquicardia.
- Aumento de la sudoración

OTROS EFECTOS

- · Rash petequial.
- · Rash urticarial.
- Rash psoriasis.
- Prurito.
- Fotosensibilidad.
- Aumento de la pigmentación.
- Aumento de peso.
- Pérdida de peso.
- Menorragia.
- Amenorrea.
- Galactorrea.
- · Ginecomastia.
- Aumento del deseo sexual.
- Disminución del deseo sexual.
- Disfunción eréctil.
- Disfunción orgásmica.

- Disfunción lubricación vaginal.
- Cefalea tensional.
- Cefalea migrañosa.
- Dependencia física.
- Dependencia psíquica.

CALIDAD DE VIDA

- Relación con familiares.
- Relaciones íntimas.
- Nivel de actividad social.
- Retraimiento social.
- Rol ocupacional.
- Cumplimiento del rol ocupacional.
- Grado de minusvalía.
- Satisfacción con el rol ocupacional.
- Grado de motivación.
- Utilización del tiempo.
- Objetivos comunes.
- Actividades comunes.
- Capacidad de empatía.
- Capacidad de interacción emocional con la enfermera.

EL CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD

uando veo por primera vez a un paciente esquizofrénico post-alta, veo a una persona que ha tenido una experiencia de hospitalización de varias semanas. Muchas veces y debido a las circunstancias clínicas del paciente, el ingreso ha sido forzoso (eso quiere decir, ordenado por un Juez) por lo tanto esta persona no tiene ningún interés en recordar los motivos por los cuales ingresó... quiero decir que recordará las incidencias con aprensión o de forma mas agradable según haya sido el ingreso. Por lo tanto, lo primero que debo hacer como enfermera es ganarme la confianza del enfermo y a veces de la familia para optimizar los resultados de la recuperación. Para el plan terapéutico utilizo -teniendo en cuenta el estado psicopatológico actual- aquellos recursos que me parecen mas afines, respetando la confidencialidad.

¿Cómo enfocar esta relación?

Primero, escuchar con atención y estimular la expresión de sentimientos y ofrecer respuestas a los sentimientos expresados. Demostrarle que nos preocupamos por su bienestar, ser consciente de sus frustraciones y hacer un esfuerzo para no ignorarle o rechazarle y trabajarle para que aumente su autoestima.

Éste es un trabajo largo y lento y que a diferencia de una enfermedad aguda donde se magnifica la urgencia

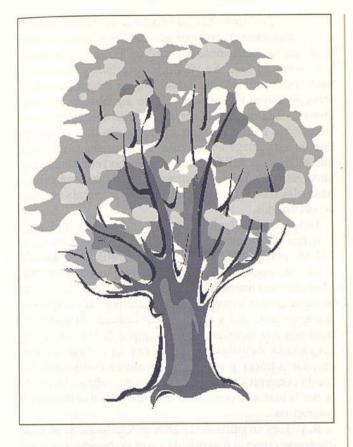
del instante; la enfermedad crónica exige otros planteamientos. No olvidar que la intervención ha de programarse a largo plazo, que no es sinónimo de pasividad o de no intervención. La cronicidad es más cuanto más joven sea la persona afectada. El tratamiento psicofarmacológico, la presencia de síntomas, las descompensaciones leves o más graves, los efectos secundarios de la medicación, las «secuelas» que la enfermedad va configurando y las dificultades educativas y/o profesionales que estos enfermos puedan encontrar, dibujan un perímetro muy concreto que hay que tener en cuenta. Estos pacientes se sienten amenazados en su dignidad, seguridad y en su propia estima. Son frecuentes los cambios de humor, la irritabilidad, la inestabilidad emocional, etc.

En el conocimiento de la enfermedad, se puede decir que hay tres formas de reaccionar o de tener conciencia de enfermedad:

- Una es hablando continuamente de la enfermedad, pueden llegar a ser exhibicionistas, queriendo capitalizar su sufrimiento para satisfacer así sus exageradas demandas de afecto.
- Otra forma es no hablar en absoluto. Suelen ser personas complejas que no han asumido aún su sufrimiento, al que consideran vergonzoso y incapacitante, y en consecuencia están como resentidas y lo esconden.
- Los hay que hablan regular y prudentemente de su enfermedad. Suelen ser enfermos que ya han asumido su enfermedad, que conocen los límites que esto conlleva, y que, prudentemente, adaptan su vida y sus actividades. Cuando hablan de su enfermedad, no lo hacen en demanda de ciertas consideraciones y afectos, sino mas bien por sentir ineludible la necesidad de que los más próximos conozcan sus circunstancias.

EL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO

omo he dicho anteriormente, la relación de ayuda ha de ser eficaz para hacer frente a la situación actual, que es nueva y llena de incertidumbre y conflicto. Con frecuencia el enfermo se ve asediado, bloqueado súbitamente por un problema insuperable. Para solucionarlo y recuperar su estado de equilibrio necesitará primero un diagnóstico, después un tratamiento y un acompañamiento de por vida. Si ya es de por sí difícil y doloroso entender y aceptar la enfermedad, ya que altera la vida normal y la convivencia se ve afectada porque muchas veces se genera un sentimiento de miedo, vergüenza, culpabilidad, basado en falsas percepciones del problema que se derivan de una insuficiente información. Por lo imprevisible de la enfermedad, por el impacto emocional que causa en el enfermo y en la familia, el sentimiento que predomina al inicio es la angustia que se pone de manifiesto en riñas entre familiares. Hay insomnio, hay una disminución en la relación y participación social, etc.



Para el enfermo, aparte de las circunstancias de la enfermedad hay que añadir que experimenta la crisis familiar «porque las cosas ya no volverán a ser como antes» y hay que reorganizarse ante la nueva situación. Además, ha de «conformarse» con un tratamiento que tiene un claro efecto antipsicótico, que le producirá una excesiva sedación y muchos otros efectos no deseados. Si bien es cierto que el paciente «ha de pasar por esto para estabilizarse», hay que decir que vive peor los efectos de la medicación que los síntomas de la enfermedad (no es así en todos los casos). En especial, los varones están preocupados por su rendimiento sexual que queda bloqueado y verbalizan incapacidad de mantener relaciones sexuales satisfactorias. Hay dificultades para la erección, para conseguirla o mantenerla. También se quejan de menor excitación y placer durante la actividad sexual. Es conocida la disfunción sexual asociada a psicofármacos y por esto hay enfermos que no toman la medicación. Los tratamientos prescritos a nivel ambulatorio son habitualmente los Neurolépticos Depot, la Clozapina y los Eutimizantes. Los neurolépticos Depot se administran por vía intramuscular y se utilizan como tratamiento de la esquizofrenia crónica y subcrónica, en psicosis paranoides y en terapia de mantenimiento en pacientes crónicos con dificultades en seguir un tratamiento vía oral. Tanto la dosis, como la frecuencia de administración ha de ser establecida individualmente, en función de las circunstancias clínicas y de la respuesta individual al fármaco. En ocasiones, como he dicho antes pueden

originar reacciones extrapiramidales, también visión borrosa, somnolencia, hipotensión arterial. El uso de estos medicamentos puede disminuir la capacidad de reacción por tanto hay que tenerlo en cuenta para las personas que conducen coche u otras máquinas. También puede potenciar los efectos del alcohol.

Respecto a la autonomía, como enfermera doy información al enfermo, le doy conversación a fin de asegurar la comprensión y promover la aceptación del tratamiento, en definitiva velar por los intereses del paciente.

Trabajar aspectos educativos

Se incide en la educación sanitaria respecto a las necesidades básicas alteradas: reposo y sueño, alimentación (elaboración de dietas), la higiene personal, autocuidados, seguridad, relaciones interpersonales.

Favorecer la continuidad de la atención

Se garantiza mediante la programación de entrevistas con una frecuencia semanal, quincenal, mensual, etc. según cada caso. Asimismo se realiza un control de las ausencias sin aviso o con una causa no justificada. Establezco una vía de contacto telefónico con la familia para el intercambio de información y proporcionar soporte y asesoramiento. Es muy importante que la familia participe y esté bien informada, porque a veces cuando ven que el paciente mejora (eso quiere decir libre de síntomas) le permiten hacer el tratamiento irregular o disminuyen dosis de medicación.

INTEGRACIÓN SOCIAL

a integración social es el ajuste dinámico de distintos componentes del sistema social a través de un proceso en el que se asimilan o incorporan a una sociedad individuos o grupos alíenos. Este proceso se llama socialización. Es un proceso cultural en el que aprendemos e interiorizamos a lo largo de la vida los elementos socio-culturales del entorno, los integramos en la estructura de nuestra personalidad, influenciados por la propia experiencia y gracias a agentes sociales significativos nos adaptamos al medio social en el que vivimos. Es decir, la socialización es un proceso de un individuo indefenso frente a un grupo hegemónico mayoritario, el cual va tomando conciencia de sí mismo y de sus posibilidades dentro del grupo. Este proceso está muy relacionado con el desarrollo del individuo y concretamente en la infancia. Los tres primeros años de vida son los que marcan a una persona, es en este momento cuando adquiere personalidad propia. Este proceso acaba a los dieciséis o diecisiete años. A partir de aquí se trata de asimilar las pautas aprendidas.

La fase primaria de aprendizaje empieza en la infancia y acaba cuando el individuo está en situación de corresponder a las necesidades sociales. Las instituciones o agentes son la familia, la escuela, los amigos. Otros factores que socializan son la televisión, el cine, los juegos. Con estos últimos se interiorizan los valores, las normas y las representaciones de la propia cultura.

La fase secundaria es la fase de aprendizaje de la vida adulta que permite adaptarse a las expectativas de nuevos roles o grupos de referencia. Las principales instituciones son el matrimonio, el trabajo, la maternidad, la paternidad, organizaciones profesionales, sindicatos, partidos políticos. Esta fase es muy intensa cuando se tiene el primer trabajo porque se interioriza el significado de éste.

Los agentes socializadores son aquellas instituciones que intervienen en el proceso de socialización, diferenciándose las que lo hacen de forma explícita (familia, escuela, universidad) y las que lo hacen de forma implícita (empresa, trabajo).

Es la familia, la comunidad y el agente socializador más importante. La familia es un grupo de personas unidas directamente por vínculos parentales, los miembros adultos de la cual, asume la responsabilidad de la atención de los niños. Los lazos de parentesco se han establecido por matrimonio o por líneas genealógicas que unen a los consanguíneos. Las funciones básicas de la familia son la satisfacción del deseo sexual y la procreación, la necesidad de descendencia y el deber de educarla como seres sociales. Socialización es la transformación del individuo en un ser social adulto que adopte las costumbres y respete las obligaciones y las normas. Asimismo el trabajo tiene mucha importancia para la integración en la sociedad.

PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

 G. A. es un joven que ha sido capaz de integrarse. Es un joven de 33 años que vive en ciudad. Vive con su familia y es el tercero de cinco hermanos. Durante su infancia destacaba un carácter impulsivo y presentaba mal genio sin motivos aparentes. No necesitó tratamiento. Cursó estudios hasta COU, y tuvo que repetir curso. Hasta aquel momento era buen estudiante, con excelentes resultados académicos. Tenía pocos amigos, la relación con los jóvenes de su edad era dificultosa. Mientras estudiaba COU las calificaciones empezaron a bajar, no se centraba en los estudios, no estaba atento. A los 23 años hizo su primera consulta, le diagnosticaron de trastorno esquizofrénico.

Antecedentes a la patología: Es probable que un tío materno padeciese un trastorno psicótico, pero no se puede decir con certeza por falta de diagnóstico. En un tío paterno se puede afirmar la existencia de crisis comiciales. Una vez diagnosticado, no precisó de ningún ingreso pero sí hubo de seguir el tratamiento de forma am-

bulatoria. Los síntomas que padecía aparecieron a los 18-19 años cuando empezó a tener dificultades de relación con los hermanos. A partir de aquí empezaron los problemas en casa. Se volvió introvertido y se aisló en casa. Tenía dificultades también para relacionarse con otras personas. Presentaba delirios y probables alucinaciones visuales: Veía personas inexistentes, concretamente veía a un señor debajo del balcón de su casa y a raíz de esta imagen empezaba a interpretar situaciones que cada vez eran diferentes, a veces las relacionaba con un vagabundo que pedía limosna, otras veces relacionaba la visión con una conversación que mantenía con uno de sus amigos.

Después del diagnóstico ha continuado estudiando cursillos de Formación Profesional. Hizo cursos en el INEM relacionados con el medio ambiente, también cursos de inglés y de jardinería que no pudo acabar. Mantiene una buena relación con su familia y ha intentado mantener relaciones con sus amigos. Ha intentado mantener actividad y algún tipo de trabajo. Ha trabajado en el negocio familiar. Ahora es capaz de trabajar a media jornada. Actualmente trabaja con un contrato parcial de cuatro horas y tener una invalidez concedida. Le cuesta concentrarse, seguir el ritmo de trabajo, levantarse por la mañana, pero superarlo, le ayuda a aumentar su autoestima.

R. F. T. es un varón de 38 años que no ha sido capaz de integrarse como la mayoría de casos de personas que padecen un trastorno mental severo. Es de origen rural y no tiene estudios. Proviene de una familia numerosa. A los 23 años emigró y residió en un país europeo durante nueve años. Allá fundó su familia, se casó y tuvo una hija. La enfermedad fue diagnosticada en el país de residencia, posteriormente fracasó su matrimonio. Actualmente no tiene relación con ninguna de las dos. Al marchar de su país se deterioró el contacto con su familia de origen y llegó casi a perderse. Se le diagnosticó un trastorno esquizofrénico de tipo paranoide.

Antecedentes a la patología: Abuso de alcohol, una lesión lumbar a raíz de una caída haciendo gimnástica, bronquitis secundaria a tabaquismo y tiene una hermana con una discapacidad psíquica. Precisó de cuatro ingresos desde que se conoció su diagnóstico. El primero fue de hospitalización total en el extranjero. El segundo aquí y también hospitalización total. El tercero también hospitalización total en la Unidad de Hospitalización de Salud Mental del H. G. M., a causa de una Orden Judicial motivada por el abandono del tratamiento. En este caso la duración del ingreso fue de un mes. El cuarto y último ingreso fue en Hospital de Día de SM, donde acudió voluntariamente después de pedir ayuda.

Cuando regresó del extranjero le fue muy difícil reiniciar la relación con su familia. Los síntomas que presentaba eran diversos. Era una persona muy irritable con graves alteraciones de conducta, delirios con ideación mística «creía que procedía de la familia bíblica de Abraham...» Presentaba conductas extravagantes y extrañas que exteriorizaba con la gente del pueblo. Padecía alucinaciones, creía que sus vecinos le criticaban y querían perjudicarle. Él no era consciente de su enfermedad, todo lo contrario.

Actualmente vive solo en su pueblo natal. La casa donde vive es vieja, es una antigua «masia de pagès» mal acondicionada, que no tiene ni calefacción. Otro inconveniente es que los hermanos/as viven en otras localidades y no puede depender de ellos.

Goza de una buena pensión de invalidez. Aquí las posibilidades de conseguir trabajo son nulas, y lo más prioritario es conseguir una vida autónoma y socialmente aceptada.

PUNTOS DE VISTA DEL ENFERMO MENTAL

En este apartado, quiero profundizar en la opinión del enfermo mental y creo que es mas conveniente exponer el testimonio directo de diferentes personas que padecen esquizofrenia, ya que la realidad y la vivencia personal de cualquier esquizofrénico impacta mucho más si la explica personalmente que si yo elaboro un resumen.

El objetivo es hacer llegar los sentimientos de una persona que padece un trastorno mental y se siente rechazada por la sociedad con las consiguientes dificultades. Por motivos de mantener las fuentes de información intactas no he intentado mejorar la redacción de algunos escritos

- «Me presento: me llamo Manuel Ortiz y nací en un pueblo de Almería, el 9-3-1943, y aquí explico lo que me ha pasado. Me vine a Cataluña en el año 1961 y me puse enfermo el 26-1-1965. Cuando me puse enfermo, la Generalitat me dio una paga de 3.000 pesetas cada mes, que no me llegaba para nada. Después he estado ingresado en todos los centros psiquiátricos de la provincia de Barcelona. Después he tenido que hacer vida de vagabundo, durmiendo en los albergues, en las estaciones, pidiendo en los ayuntamientos. También he estado en Suiza, en Francia, en la vendimia, haciendo de tractorista en Lérida, cogiendo fruta y después me acogieron en el Centro de Día de Manresa, donde se me ha solucionado algunos problemas, después de la mala vida que he llevado. Le escribí a la infanta Cristina de Borbón, con el resultado de su contestación, he conseguido una paga que cubre mis necesidades».
- «Me llamo Juan Pérez y soy usuario del Centro de Día de Salud Mental de Lleida del cual me hago portavoz de lo que piensan y sienten mis compañeros y compañeras del centro. Voy a explicarles sobre cómo nos vemos y con las dificultades que nos encontramos a la hora de integrarnos en la comunidad. A pesar de tener una enfermedad mental, nos consideramos ante todo personas

que, teniendo en cuenta nuestras posibilidades y limitaciones personales, disponemos de capacidad para superarnos día a día, es decir, rehabilitarnos. Para relacionarnos, para estudiar, para trabajar, para cuidar de nosotros mismos. También como personas que somos podemos poseer cualidades como la bondad, la comprensión, la simpatía, la alegría y las ganas de vivir. Por todo ello, pensamos que estamos preparados para integrarnos en la comunidad, sin embargo en nuestra sociedad nos encontramos con dificultades como la marginación que pensamos que es debida a la desinformación y al concepto que existe de enfermo mental. Otra dificultad es la ausencia de estructuras sociales que nos permitan la plena integración, es decir, cuando nos dan el alta en el Centro de Día, nos encontramos capacitados para valernos por nosotros mismos, sabemos que tenemos que vigilar a quien decimos que tenemos esquizofrenia, pues enseguida nos sentimos rechazados.

Sabemos que es muy importante tener el tiempo ocupado en actividades simples, con lo que nos apuntamos a cursos, actividades lúdicas, etc. Pero, díganme, ¿con 29 años piensan ustedes que continuamente hemos de hacer cursos o practicar nuestros hobbies cuando nos vemos capaces de trabajar perfectamente? Por tanto, de cara al futuro pensamos que se necesita lo siguiente: primero, cuando se habla del enfermo mental, no se piense en personas incapaces de controlar sus emociones o conductas, es decir, el loco de antaño. Segundo, que se desarrollen las siguientes infraestrucutras: prioritariamente en Lleida no tenemos y se necesitan residencias, pisos protegidos en los que puedan vivir dignamente aquellos compañeros y compañeras que por la enfermedad están más deteriorados o se encuentran solos o sin familia como yo. Seria importante emplear talleres protegidos donde podernos sentir útiles en la sociedad. Sin trabajo nosotros nos sentimos unos incapacitados y en cierta forma inadaptados. No estaría de más, decir que necesitaríamos un salario para vivir dignamente, pensamos que el trabajo es una terapia indispensable y necesaria para todos nosotros. En Lleida también necesitamos un lugar de reunión donde poder conversar, opinar, planificar excursiones, pasar ratos agradables, etc. es decir, como cualquier otro colectivo necesitamos un club social. Bueno, esperando que esta ponencia sirva para poner en relieve y promover nuestras necesidades, yo Juan Pérez, como portavoz del Centro de Día de Lleida me despido de ustedes.»

■ «Hola, me llamo Mabel Orrit y tengo 25 años. Soy de Suria, un pueblo a quince kilómetros de Manresa de aproximadamente 7.000 habitantes. Estoy enferma desde hace cuatro años. Un domingo de 1995 entré a la sala de psiquiatría del hospital de San Juan de Dios, allí pasé un mes y medio, pero al salir, empezaron los cambios y los problemas en mi vida. Primero fue la medicación y sus efectos, porque al salir del hospital tomaba mucha medicación y a dosis muy altas y, por tanto, los efectos

secundarios también eran muchos, me sentía muy chafada y atontada. También empezaron las entrevistas con el psiquiatra y más adelante la modificación de la medicación, según la evolución de mi enfermedad. También conocimos mi asistenta social que se encargó de arreglarme los papeles para que yo cobrara una paga.

En cuanto a mis amigos, unos me habían visto bajo los efectos de la medicación, muchos creían que no volvería a ser la misma, otros que estaba loca y amigos que entendieron que tenía un trastorno mental llamado esquizofrenia. Luego es cuando empecé a infravalorarme, me sentía mal con mis familiares y lloraba con frecuencia sin un porqué. Aquel domingo de 1995 también empezaron los cambios en mi familia. Empezó la movilización por tener que venir a visitarme, llevarme cosas como tabaco, también necesitaban tiempo y dinero para bajar hasta Manresa. He de decir que estuve muy bien atendida durante mi estancia en la Unidad. Cuando ya estaba en mi casa, mi madre tuvo que aprender a tratarme de otra forma, con mas tacto, porque ella se dio cuenta de que yo estaba mucho más sensible, también tenía que vigilar de no hablar de según que cosas porque no sabía cómo reaccionaría yo. Al no ser hija única, tuve problemas con mis hermanas, hasta que no se dieron cuenta y se sensibilizaron pasaron unos meses.

Como ya he comentado antes el trato con mi familia era tenso por mi parte, pues yo no podía asistir a reuniones familiares o encuentros y no podía ver que riesen o lo pasaran bien, pues esto me hacía sentir muy mal porque yo no podía ser feliz pues era consciente de que mi vida había cambiado. Actualmente me encuentro muy bien, llevo una temporada estable, asisto al Centro de Día toda la semana, salgo a comprar, a aprender algo incluso voy a la discoteca los sábados por la noche, pero todo y así paso mucho tiempo con mi madre y esto hace que las dos nos enfademos y estemos muy irritables pero confío que con el tiempo nos podremos adaptar la una a la otra porque yo sé que mi madre me quiere y yo a ella.

El mayor cambio que ha supuesto mi enfermedad es precisamente el tema que estamos tratando: las preocupaciones respecto al futuro. Algunas de las preguntas que me planteo son: ¿cómo viviré? También he pensado muchas veces que me gustaría tener algún tipo de actividad laboral, como por ejemplo talleres organizados, un centro de trabajo especial donde poder trabajar unas horas y que cada persona lo pudiera hacer de acuerdo a sus posibilidades, con flexibilidad de horario, que pudiera salir si un día no estás bien y ser substituido, y, eso es importante para mí porque me haría sentir útil, mas realizada y poder salir y decir: ves, he trabajado cuatro horas. Tendría un dinero propio y a la vez una obligación y unas responsabilidades. La vida en pareja es un tema que me preocupa, la pregunta es: ¿puedo tener una vida normal en pareja? Yo en mi estado, con la enfermedad, no es aconsejable tener hijos; pero sí que quisiera tener una pareja. Esta persona tendría que aceptar que puedo tener recaídas, que necesito dinero y mucho soporte. En reali-

dad he tenido relación con un chico cuando estaba enferma y no tuve ningún problema por tener la enfermedad. pero esto acabó y no debido a la enfermedad, sino a otras circunstancias.

También me preocupa el día que falte mi madre, yo sé que tendría un techo y una pequeña pensión. Si llegase el momento en que no pudiera valerme por mi misma, había pensado en algún tipo de residencia que fuese especializada en nuestra enfermedad, adaptada a nuestros problemas, etc. En el Centro de Día hablé con los compañeros y ellos piensan que hay un rechazo por parte de la gente que conoce que estamos padeciendo un trastorno mental, comportando así una dificultad para poderte relacionar con otras personas y encontrar una pareja. También hablamos del hecho que la familia se resista a aceptar que estás enfermo y aprenda a tratarte. Aunque el diagnóstico sea el mismo, la vivencia siempre será personal e individual. La mejor ayuda es que nos traten como persona normal. Una fuente de divulgación es el que nosotros como enfermos podemos explicar o bien los medios de comunicación haciendo unos programas divulgativos de la dificultad de inserción en el mundo laboral, mejorando las leyes para favorecer que se pueda trabajar en los momentos de estabilidad».

Ahora transcribo una carta de la Asociación de Enfermos Mentales (ADEMM).

«La gente cuando observa a una persona que tiene un comportamiento anormal, que habla solo, insulta a la gente, que se cree que es un ser especial, vestido de forma inadecuada, sucio o vestido con ropa de los contenedores, pidiendo limosna, la gente dice «pobre, está loco», se apartan y el que más le da comida o dinero. Pero muchos no saben que esta persona si es tratada psiquiátricamente, con una farmacología adecuada y una terapia psicológica también adecuada y la familia, amistades, le dan soporte llegará a poder hacer una vida normal. Sólo hace falta esta comprensión, no quieren ser la lástima de los que no nos entienden, ni la forma de ganarse el cielo a costa de los enfermos, somos gente que luchamos por nuestra integración. Hay que entender que a veces el remedio, la medicación, hace sufrir, reduce los reflejos, los efectos secundarios son tanto o más importantes que la propia enfermedad, por eso la dificultad de llevar una vida normalizada. Pero esto no es impedimento para la aceptación, para un trabajo ajustado a nuestras posibilidades individualizadas, somos útiles y hemos de trabajar para conseguir la aceptación social.»

PUNTOS DE VISTA DE LA FAMILIA

as familias son el colectivo más necesitado de terapia para asumir las responsabilidades que suponen cuidar de un enfermo mental y que en ocasiones no puede valerse por sí mismo.

- La relación de C. G. A. con su familia empezó a deteriorarse con la aparición de los primeros síntomas a los 18-19 años. Al volverse introvertido, impide que la familia pueda acceder para ayudarle. Incluso así mantiene actualmente una buena relación con su familia.
- La relación de R. F. T. con su familia había disminuido a causa de su emigración. Cuando se le diagnosticó la enfermedad perdió la relación con su familia más directa, es decir con su mujer y su hija. Cuando regresó, hubo de empezar, prácticamente, desde el principio la relación con su familia. Se creó un ambiente extraño porque había pasado mucho tiempo sin ningún tipo de contacto. También hay que tener en cuenta que su carácter, fácilmente irritable e impulsivo, dificultaba la relación con la familia y facilitaba a la vez que adoptaran una postura de ignorancia. Se mostraba inabordable cuando se intentaba ayudarlo. A pesar de esto, actualmente, la relación familiar ha mejorado, incluso celebran algunas fiestas y se relacionan con mayor frecuencia.

Las asociaciones de familiares de enfermos mentales son la válvula de escape de este colectivo. Las familias a veces no se lo creen, piensan que es una situación temporal. Otras asumen rápidamente lo que les sucede, y comienzan a reorganizar la vida y buscan ayuda. A partir de aquí es cuando interviene la asociación de familiares, que de alguna manera ayuda a las familias a convivir con la enfermedad, a aprender a no angustiarse en los momentos de crisis, donde al principio no se sabe cómo se ha de actuar. La familia necesita más ayuda cuando se descubre la enfermedad, así como también en momentos de crisis. Algunas familias llaman a la asociación de familiares en busca de ayuda frente a una crisis. Desde la asociación se dan soluciones pensando en el que se haría si esta situación se diera en su casa. A veces estas propuestas se llevan a término y otras no, o bien porque las familias no cogen el camino que se les propone, porque no lo entienden correctamente, o bien porque dependiendo de los familiares que haya en casa se llega a una conclusión diferente. Hay muchas familias que no se dejan ayudar.

Cuando las familias se dan cuenta de un posible trastorno mental por los síntomas que presenta, alguno de los familiares acude al médico, es posteriormente cuando se acercan a las asociaciones. En general, las madres son las que van con mayor frecuencia a la asociación. Éstas son casi siempre, las que tienen mayor ansiedad para informarse y las que pasan más tiempo con los enfermos. También son las que más visitan al médico. No sucede lo mismo en todas las familias, también las hay que algún otro familiar hace el papel de madre. En cuanto a la responsabilidad de seguir el tratamiento, ésta recae en el enfermo. A veces es el mismo paciente quien se toma la medicación, en cambio otros es la familia quien le ha de obligar.

Las familias creen que para que sus enfermos se puedan integrar en la sociedad han de entrar y seguir un ciclo cerrado que finaliza con la oportunidad de entrar en el mundo laboral que los llevará a la situación de plena integración social. El circuito se inicia cuando un enfermo entra en situación de crisis en un centro psiquiátrico, una vez superada, el enfermo sale del centro y ha de asistir a una comunidad terapéutica. Mas tarde entra en un hospital de día y, posteriormente pasa al Centro de Día. Este circuito se cierra cuando el enfermo está en condiciones de entrar en el mundo laboral y, como último requisito, se le da la opción de ocupar un lugar de trabajo. Todos estos pasos hacen que el enfermo esté más cerca de la integración, pero muchas veces el ciclo se suspende porque el enfermo no lo quiere seguir, pues aún no ha aceptado que es un enfermo mental y, ha de seguir una serie de pasos diferentes a las personas que no padecen la enfermedad, en el momento de buscar trabajo. Otras veces, el enfermo padece una crisis que provoca el rompimiento del ciclo, si esto sucede probablemente dejará de seguir el ciclo y tendrá que empezar de cero, volverá a casa y se iniciará de nuevo el ciclo.

Otros factores que influyen en la reinserción social del enfermo son los amigos. Los enfermos se sienten muy solos, pues los amigos que estaban estudiando han acabado una carrera, se han casado, han tenido hijos y ellos no han podido tener todas estas oportunidades. Como que tienen dificultades para relacionarse con otras personas, no hacen amigos nuevos y, con los que ya tenía, se deteriora la relación a causa del cambio de ideas y pensamientos. Esto provoca que las conversaciones de antes ya no se pueden mantener, aunque el paciente pueda hablar y tener conversaciones. En estas situaciones, el enfermo se siente fuera de lugar y muy solo, y es que realmente lo está; el único núcleo que tienen es la familia y los amigos que conocen en los Centros de Día y que padecen la misma problemática, entonces sí que pueden establecer una conversación entre iguales. Pero esta relación entre enfermos suele ser inestable, pues se puede complicar por la aparición de crisis en uno o en otro.

La dificultad más evidente con la que se encuentran para integrarse es que se encuentran solos. Ellos viven en su mundo imaginario y difícilmente las familias pueden acceder. Lo que las familias esperan es que encuentren trabajos protegidos en los cuales se sientan realizados, pero cuando el enfermo pueda, que no siempre es así, les cuesta seguir un ritmo de trabajo y las responsabilidades que conlleva.

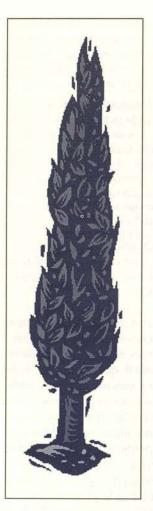
Desde el punto de vista de las familias, la concienciación social es aún demasiado inaccesible, pues las familias no pueden exigir algo que aún no han asumido. Esta falta de comprensión del problema que tienen tan de cerca, es debida a que les cuesta mucho autoconvencerse de que su familiar joven es un enfermo mental y que ha de asistir a Centros de Día donde ha de convivir con otros enfermos, muchos de ellos de edades superiores, que están más deteriorados, ya que tienen la enfermedad más evolucionada que éste. Rechazan que su hijo, esposa o hermano, etc. lleguen a estar tan deteriorados al igual que sus compañeros. Pero lo que sí piden las familias es que se eduque más a la sociedad para evitar errores de credibilidad. Hay que dejar claro a la sociedad que el enfermo mental no es el típico loco que hace daño a la gente, sino que es una persona que se hace daño a sí misma. El enfermo mental se caracteriza por tener una gran sensibilidad, por esto se puede afirmar que la sociedad puede hacerle más daño del que él puede hacer. También piden que la sociedad no vea esta enfermedad como un tabú, esto ayudaría a que ni la familia ni el enfermo la viera como tal. Tal vez así las familias y los enfermos superarían el miedo al rechazo social.

Las familias van tomando conciencia que la inserción social es el tema más difícil de todos, que es allí donde precisamente no llegan las personas con enfermedad mental. Primero, han de aceptar que son enfermos, después han de entrar en toda una normativa de hospital psiquiátrico, centro de día, hasta llegar al mundo laboral. Pero son pocas las veces que hacen todo este proceso, precisamente por esto es tan complicada la reinserción y, aunque acabasen el ciclo, que fueran pasando por todos los lugares donde se les prepara, les cuesta mucho, si tienen un lugar de trabajo mantenerlo. No es que sean irresponsables, sino que la enfermedad no les permite mantener una constante, un horario, presiones del trabajo, es decir, todo lo que implica el mundo laboral. Hay que tener en cuenta que los enfermos por la mañana, se levantan sumamente cansados a causa de la medicación. Muchas veces se pasan la noche sin dormir y cuando cogen el sueño es por la mañana a la hora de despertarse. Al levantarse toman mucho café y mucha coca-cola para estimularse, pero cuando consiguen estar despiertos ya es por la tarde, entonces por la noche no duermen ya que están hiperactivos e inquietos. Es entonces cuando vuelven a tomar la medicación para dormir y ésta les comienza a hacer efecto a la mañana siguiente y vuelve a empezar el proceso diario.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

LOS PRINCIPIOS BIOÉTICOS

as enfermedades mentales y la esquizofrenia en partiular, son procesos patológicos diversos que tienen en común la aparición de diferentes grados de incapacidad y que provoca la dependencia hacia otras personas. La esquizofrenia, representa el trastorno capital (schizein: cortar, phren: cerebro, pensamiento) y evoca la debilidad estructural a partir de la cual se inicia la ruptura de la personalidad por la psicosis. Entendemos por psicosis, la disociación de la vida psíquica en diferentes sectores y que alrededor de estos procesos de desestructuración el enfermo manifiesta un sufrimiento psicológico intenso con diferentes síntomas.



El estudio bioético y su aplicabilidad en estos pacientes es de una gran complejidad, porque en la historia natural de estas enfermedades aparecen diferentes puntos susceptibles de conflicto y donde es necesario tomar decisiones.

Las enfermedades mentales tienen en común la profunda afectación de la autonomía personal, en sentido amplio. Esta afectación suele consistir en la limitación de sus posibilidades de autogobierno, autocuidados y las decisiones que se derivan.

La esquizofrenia produce una severa limitación de las funciones superiores hasta llegar a la demencia, en la que se llega a perder la capacidad de responder de los propios actos.

En el curso evolutivo de estas enfermedades, se producen muchos conflictos tanto de diagnóstico, como de pronóstico, como de alternativas de tratamiento. También existe conflicto de-

bido a la incapacidad y a la dependencia que se crea hacia las personas más próximas ya sean familiares, amigos; ya que viene directamente relacionado con las actividades de la vida diaria y hace que el entorno adquiera el compromiso de satisfacer aquellas necesidades que el paciente no pueda cubrir por sí mismo como: higiene, alimentación, administración del tratamiento, administración del dinero, relaciones interpersonales, seguridad, etc. Esto quiere decir que los familiares han de suplir todas aquellas funciones relacionadas con la autonomía personal, especialmente en la toma de decisiones sobre la propia persona y su enfermedad. Y, aparte, han de aguantar todos los estados de ánimo que suelen presentar estos pacientes al ser «conscientes» de que posiblemente habrán de depender de los demás.

En estos enfermos, la rehabilitación es muy importante, supone potenciar las habilidades existentes, recuperar la autonomía y prevenir la aparición de nuevas descompensaciones.

En cuanto a los problemas éticos destacaría el principio de autonomía como el principio capital, por los numerosos conflictos que se relacionan con él. Entendemos por autonomía, en bioética la capacidad de pensar y decidir de forma autónoma e independiente, actuando en base a esta decisión y comunicarla o no a otras personas.

Por tanto la autonomía completa requiere competencia completa (hay diferentes escalas para evaluarla). En los enfermos esquizofrénicos, uno de los muchos temas de conflicto que hay es el relacionado con la información y la toma de decisiones. Cuando se trata de informar a un paciente o a sus familiares, hay que hacernos estas preguntas:

- ¿Cuándo dar la información?
- ¿Cómo darla?
- ¿Sobre qué aspectos de la enfermedad?

En los procesos de enfermedad severos, se recomienda dar la información de forma progresiva y adaptada a la capacidad de comprensión del paciente e informar bien a los familiares. La información gradual y compartida favorece el tomar conciencia de la enfermedad y la integración a la realidad.

Cuando se trata de decisiones es más complicado. Pues respetar la capacidad de decisión de un individuo, es una demostración de respeto a su dignidad personal, pero en ciertas circunstancias y frente a los síntomas graves que presentan estos enfermos hay que decir que la capacidad de decisión estará limitada por proteger sus intereses. En el tema de la incapacitación legal, por ejemplo, se producen algunos problemas prácticos. Uno de ellos se puso de manifiesto en un congreso sobre Tutela e Incapacitación celebrado en Barcelona, en el que los expertos jurídicos solicitaban que las sentencias judiciales especificaran qué áreas de decisión quedan limitadas.

El principio de no maleficencia propugna desde la antigüedad la máxima «Primum non nocere», en primer lugar, no hacer mal. Los profesionales sanitarios apelan con frecuencia a este principio y es considerado el principio fundamental de la tradición hipocrática todo y que no aparece en el corpus hipocraticum, suele confundirse con la venerable frase «al menos, no hagas daño». El juramento hipocrático manifiesta la obligación de los profesionales tanto a la no maleficencia como a la beneficencia: «Haré uso del régimen de vida para ayudar al enfermo, según mi capacidad y entendimiento. Del daño y de la justicia me preservaré». Los temas conflictivos relacionados con este principio son los tratamientos desproporcionados y las nuevas medidas terapéuticas. Se considera tratamiento desproporcionado el tratamiento donde el balance coste/beneficio, no sólo en términos económicos, sino teniendo en cuenta el grado de agresividad, los posibles efectos secundarios y el impacto físico y psicológico que conlleva, sea dudoso o claramente negativo. La valoración del beneficio no incluye solo el beneficio directo del tratamiento a realizar, sino los potenciales beneficios futuros y la posibilidad de acceder a otros tratamientos relacionados. Por tanto, la valoración no ha de limitarse al resultado directo de superar una situación crítica determinada.

En los esquizofrénicos, el conflicto más frecuente es el uso de los psicofármacos.

El principio de beneficencia connota actos de misericordia y defensa hacer el mayor bien posible para el paciente. La beneficencia ha de:

- Proteger y defender los derechos de los pacientes.
- Prevenir que suceda algún daño a otros.
- Suprimir las condiciones que puedan perjudicar a otros.
- Ayudar a las personas con discapacidades.
- Rescatar a las personas en peligro.
 - Algunos filósofos incluyen la beneficencia y la no maleficencia en un solo principio. William Frankena, por ejemplo, considera que el principio de beneficencia se puede dividir en cuatro obligaciones generales, la primera de las cuales es para nosotros la obligación de no maleficencia, mientras que las tres restantes constituyen obligaciones de beneficencia:
- No se ha de infligir da
 ño o mal (aquello que es malo).
- Se ha de prevenir el daño y el mal.
- Se ha de evitar o rechazar el daño y el mal.
- Se ha de hacer y promover el bien.

Frankena ordena estos principios en serie, de forma que (en caso de conflicto entre factores equivalentes) el primero tiene preferencia moral sobre el segundo, y el tercero sobre el cuarto. Todo y que la beneficencia y la no maleficencia son parecidos, incluirlos en un mismo principio puede dificultar la comprensión de ciertas diferencias importantes. La obligación de no matar, de no robar, de no incapacitar es totalmente diferente de la obligación de ayudar a los demás (proporcionar beneficios, protegiendo sus intereses o promocionando su bienestar). La obligación de no hacer mal a los demás puede ser, en ocasiones, más estricta que la obligación de ayudar, pero las obligaciones de beneficencia también pueden resultar en algunos casos más rigurosas que las obligaciones de no maleficencia.

Este principio es uno que promueve con frecuencia conflictos y debates debido a la diferente concepción del bien entre los distintos implicados en estos procesos. Uno de los aspectos relacionados con este principio puede ser la indicación y continuación de rehabilitación y reinserción social, ya que los fines de la rehabilitación son:

- Conseguir mejorar las condiciones de vida del paciente.
- Considerar a la persona en su ámbito personal, familiar y social, en definitiva, el fin último es conseguir la máxima realización de la persona.

El principio de justicia ha sido definido como el principio de equidad, es decir del reparto justo de los recursos asistenciales o sea igualdad de acceso a un equipo multidisciplinar, igualdad de acceso a las técnicas diagnósticas, etc. En relación con los enfermos mentales, encontramos conflicto ético por ejemplo en el tipo de asistencia pues hay distintos enfermos y distintos grados de enfermedad y distintos grados de incapacidad, por tanto las necesidades asistenciales de hospitalización son distintas y en cambio van todos/as a un mismo recurso asistencial porque no hay más recursos disponibles. Uno de los conflictos más frecuentes es la diferente percepción de las necesidades asistenciales por parte del equipo, en contraste con las demandas del paciente y de sus familiares. También hay discusión cuando se produce el cambio de centro asistencial, o cuando se da el alta para ir a casa, etc. Aunque se explique muy bien las cosas tanto al paciente como a los familiares, los conflictos éticos seguirán porque por mucha información que se dé, hay criterios personales que no cambian.

ASPECTOS LEGALES: INCAPACITACIÓN Y MEDIDAS PENALES

omo se reconoce en la Constitución española, los enfermos mentales son personas igualmente sujetos de derechos y deberes. Siendo conscientes de que hablamos de enfermos mentales, en algunas situaciones los jueces pueden limitar estos derechos, cuando existe una discapacidad atribuible al trastorno. Estas situaciones suelen ser básicamente la de los internamientos involuntarios, las incapacitaciones y las medidas penales alternativas.

Abordaremos aquí, los dos últimos aspectos citados.

La incapacitación en razón del trastorno psíquico

El proceso de incapacitación que sigue la Justicia es complejo. Hay que tener en cuenta la diferencia del concepto de enfermedad mental que existe entre la Medicina y la Ley. Para ésta, el objetivo de su función es proteger al individuo vulnerable de sus propias tendencias autodestructivas y también de que, con su conducta, pueda perjudicar a terceros. En definitiva, darle una protección cuando no puede valerse por sí mismo.

Como consecuencia de este enfoque, la norma legal permite instar un procedimiento de incapacitación por parte del Ministerio Fiscal o de los familiares (o de terceras personas en general), cuando se dan tres características:

- Que la enfermedad sea persistente, es decir, duradera en el tiempo.
- Que ésta sea de una intensidad suficiente, de tal modo que no permita gobernarse a la persona, es decir, que ésta no pueda organizarse sus propias tareas.

 Que exista una verdadera necesidad de la incapacitación, ya que si las necesidades de la persona están cubiertas. pudiera no haberla (en un menor, por ejemplo, no se procedería, si existen unos padres que ya asumen la patria potestad).

El procedimiento puede ser largo. Normalmente, es iniciado por un abogado en representación del presunto incapaz, en cuyo caso el fiscal actúa de defensor de la presunta capacidad. El juez practica entonces las pruebas testificales que convienen. Se escucha a los familiares, se pide informe médico-social del centro donde se trata al paciente, y una valoración del médico forense.

Finalmente, el juez puede dictaminar:

- Que a pesar de la enfermedad mental, la persona es capaz de hacerse cargo de sí misma y no debe restringírsele ningún derecho.
- La declaración de incapacidad y el nombramiento de tutor, el cual asume la responsabilidad de protegerle en aquellas áreas de la vida que el juez dictamine.

Las medidas penales alternativas

En función de las circunstancias en que puede verse implicada una persona con trastorno mental en un hecho delictivo, la Ley permite a los jueces la adopción de medidas diferentes a las previstas para los demás ciudada-

Cuando un ciudadano comete un hecho delictivo grave, es decir, infringe la Ley con una gravedad suficiente como para que este hecho esté recogido en el Código Penal, la respuesta del sistema legal es:

- Dar la oportunidad a través de la Justicia ordinaria de defenderse. Si después del juicio se llega a una sentencia o veredicto, la respuesta penal va desde un castigo económico, en el caso más leve, y, para los hechos graves o delitos, las penas de restricción de libertad van de un mínimo de seis meses de prisión hasta un máximo de veinte años.
- La Ley permite (desde que se aprobó el Código Penal de la democracia de 1996) que, en función de si el problema de discapacidad mental se ha detectado antes que el caso llegue a juicio, o se ha detectado después que se haya dictado una sentencia condenatoria, dictar diferentes juicios:
 - Si la discapacidad mental existía y se encuentra en la naturaleza del hecho delictivo, es muy probable que el juez aprecie la inimputabilidad del enfermo, pues esta persona está amparada por una causa eximente de su responsabilidad, es decir, esta persona, cuando cometió el delito, no era consciente de sus actos. El presunto culpable no había interiorizado el criterio de antijuridicidad, por tanto las respuestas legales que deben adoptarse son me-

didas terapéuticas para que tenga la vigilancia, el control y la asistencia necesaria.

- Si está alterada completamente, los jueces declaran que aquella persona es autora de aquel delito, pero no es condenada. El acusado es absuelto pero se adopta una medida de seguridad. Ésta suele ser, si es muy grave, internamiento en un centro psiquiátrico, y si no hay centro psiquiátrico, en un centro de tipo civil, o en un centro psiquiátrico penitenciario.
- En el caso de que su discapacidad sea sólo parcial eso quiere decir: En primer lugar se dice que es el autor del delito, se le impone una pena porque su incapacidad es declarada parcialmente. Pero ésta ha de ser muy inferior a la que impondrían a otra persona que hubiera cometido exactamente el mismo delito en plena conciencia de sus actos. Y, en consecuencia de esta disminución de pena, pueden acompañarlo también con medidas de seguridad alternativas (normalmente serán en régimen ambulatorio).

INFORMACIÓN SOBRE LAS PENSIONES

ay diferentes tipos de pensiones que se otorgan a los pacientes dependiendo de su grado de deterioro. La más común entre los esquizofrénicos es la no contributiva, pues la enfermedad les afecta desde muy jóvenes, en la mayoría de casos, ésta les impide trabajar. Pero para que ésta sea concedida hay que realizar una valoración del 67 % de disminución. Muchos no la aceptan porque se sienten limitados, como si ya fueran incapaces de trabajar y también son contrarios a que se les haga la valoración requerida.

También hay otra pensión que cubre las necesidades para aquellas personas que han trabajado. Estas permiten al enfermo trabajar a tiempo parcial, pero es muy minoritaria porque son pocos los enfermos que trabajan.

De los dos casos que he presentado, el primero goza de una invalidez concedida pero sometida a revisiones, y se piden informes médicos que acrediten su discapacidad. A pesar de recibir una pensión, puede trabajar y lo hace con un contrato parcial de cuatro horas.

El segundo caso, goza de una invalidez permanente bien retribuida. Como pensionista el precio del medicamento es gratuito. Aunque quisiera trabajar su pensión, no se lo permite, aparte que tampoco está en condiciones de hacerlo.

CONCLUSIONES

 Informarse sobre la enfermedad y aclarar dudas. Hacerlo las veces que haga falta.

- Como que el paciente esquizofrénico no suele tener conciencia de enfermedad psíquica, se resistirá a tomar la medicación, por lo tanto hay que tranquilizarle y hablarle de los beneficios de la misma.
- Aprender a reconocer los síntomas previos a una crisis y así evitar una descompensación.
- Hablar con el paciente con palabras claras que entienda
- · Seguir las prescripciones médicas al pie de la letra y avisar de inmediato cuando se observe que algo no va bien.
- Evitar el aislamiento y favorecer la socialización, participar en grupos, deportes, reuniones, excursiones, etc.
- Fijar objetivos modestos y realistas con el paciente. Es mejor aprobar una asignatura o hacer un dibujo a que no haga nada.
- Algunas familias no colaboran en el proceso de curación e integración social porque ni ellas mismas aceptan que esta enfermedad es crónica y por tanto, los problemas serán de por vida.
- Para la reinserción laboral, una solución que encuentran algunas familias es crear plazas de trabajo protegido, donde los pacientes puedan desarrollar actividades a cambio de una remuneración económica.
- La gran mayoría de personas que padecen esquizofrenia no pueden llegar a la plena integración social, pues las dificultades que se presentan se lo impiden. Principalmente al no tener acceso al mundo laboral, hace que no se sientan realizados y que la sociedad los trate como personas incapaces. Esta falta de oportunidades es causada por la dificultad de encontrar profesionales dispuestos a formarlos y, posteriormente, a contratarlos.
- Apoyar a las familias, ya que es muy difícil aceptar el diagnóstico de esquizofrenia, entender que las cosas no van a ser las de antes y enseñar a reorganizar las actividades cotidianas ante esta nueva situación. Tener la máxima información posible de la enfermedad y de los tratamientos.
- Informar a la sociedad que ignora la situación de estas personas y considera un tabú a la esquizofrenia. Esta ignorancia provoca rechazo y miedo hacia los enfermos.

BIBLIOGRAFIA

- LEMPERIERE, T. H., FELINE, A. Manual de Psiquiatría. Ed. Masson. Barcelona, 1989.
- PEPLAU, H. E. Relaciones interpersonales en Enfermería. Ed. Salvat. Barcelona, 1990.
- RIGOL, A., UGALDE, M. Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Serie Manuales de Enfermería. Ed. Salvat. Barcelona, 1991.

- KAPLAN, H. I. SADOCK, B. J. Psiquiatría clínica. Ed. Médica Hispanoamericana. Buenos Aires, 1991.
- FLAHERTY, J. A., CHANNON, R. A. DAVIS, J. M. Psiquiatría, Manuales clínicos. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires, 1991.
- Diccionario Enciclopédico de Medicina. Ed. Enciclopèdia Catalana. Barcelona, 1990.
- KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J. Tratado de Psiquiatría. Ed. Médica Hispanoamericana. Buenos Aires, 1997.
- LORENTE, E. Los derechos de los incapacitados. El País. 15/3/98. De la sección Cataluña.
- BEAUCHAMP, T. L., CHILDRESS, J. F. Principios de ética biomédica. Ed. Masson. Barcelona, 1999.
- Federación Catalana de Asociaciones de Familiares de Enfermos Mentales. Ed. Facafamm. L'Hospitalet de Llobregat, 1998.
- I talytal, n.º 2 (revista que pertenece a los pacientes del Centro de Día de Manresa).
- Tres usuarios de Girona, Manresa, Lleida. 1.ª mesa re-

- donda: El futuro según los usuarios, 8 de octubre 1999. Día de la Salud Mental. Palacio Ferial de Manresa.
- Representantes de Asociaciones de Barcelona y Tarragona y Dr. P. Bonet. 2.ª mesa redonda: La colaboración en la Atención Psiquiátrica, 8 de octubre 1999. Día de la Salud Mental. Palacio Ferial de Manresa.
- Sr. S. Vidal, Juez de Penal, Sr. J. Menac, Fiscal Coordinador de los Juzgados de Manresa, Sra. Grau, Gerente de la Fundación de Enfermos Mentales de Cataluña. 3.ª mesa redonda: Aspectos legales: Tutelas y medidas penales alternativas, 8 de octubre 1999. Día de la Salud Mental, Palacio Ferial de Manresa.
- Representantes del Ayuntamiento de Manresa, Forum y AS. 5.ª mesa redonda: La reinserción sociolaboral, 9 de octubre 1999. Día de la Salud Mental, Palacio Ferial de Manresa.
- A las enfermeras del Hospital de Día y Centro de Día de Manresa: Sra. M.ª Antonia Masjoan, Sra. Alba Pellicer, Sra. Olga Borrell, por informarme sobre pacientes y sus familias.



ONGD PARA LA SALUD

AL SERVICIO DE LOS PAÍSES DESFAVORECIDOS

La ongd desarrolla su labor humanitaria con 6.000 camas en Centros Sanitarios y Sociales en África y América Latina.

CONTRIBUYE CON: • Medicamentos

- Instrumental y aparataje sanitario
- Alimentos
- · Ayuda económica
- · Etc.

JUAN CIUDAD ONGD

Herreros de Tejada, 3 **28016 MADRID** Teléfono 913.874.483

Cta. Cte. 0049-6096-42-2510137261

ermanos

AGENDA

 XIV INTERNATIONAL AIDS CONFERENCE «Knowledge and Commitment for Action»,

organizada por la «International AIDS Society» y la Fundació Barcelona SIDA 2002 para los días 7 a 12 de julio en Barcelona. Secretaría: c/ Pomaret, 21 08017 Barcelona, Telf. 93-254.05.55 Fax 93-254.05.75. E-mail: aids2002@congrex.com

 14th INTERNATIONAL CONGRESS ON CHILD ABUSE & NEGLECT,

organizada por «The International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN)» para los días 7 a 10 de julio en Denver (USA). Secretaría: MorSports & Events, P.O. Box 1000542, Denver, CO 80210 USA. E-mail: 2002@kempe.org

 14th WORLD CONGRESS ON MEDICAL LAW

organizado por la «World Association for Medical Law» para los días 11 a 15 de agosto en Maastricht (Holanda). Secretaría: Conference Agency Limburg P.O.Box 1402, 6201 BK Maastricht. Telf. 31(0)43-3619192 E-mail: cal.conferenceagency@wxs.nl

 3rd INTERNATIONAL DNA SAMPLING CONFERENCE,

organizada por «Genetics and society project» —Centre de recherche en droit public (University of Montreal), para los días 5 a 8 de septiembre en Montreal (Canadá). Secretaría: Centre de recherche en droit public-Université de Montreal. Telf. 514-343-21-42.

E-mail: conferenceADN@droit.umontreal.ca

 XX REUNIÓN CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE EPIDEMIOLOGÍA «Género y salud: la visión epidemiológica»,

organizada por la Sociedad Española de Epidemiología para los días 12 a 14 de septiembre en Barcelona. Secretaría: Suport Serveis Telf. 93-201.75.71 Fax 93-201.97.89

E-mail: suport@suportserveis.com

EACME ANNUAL CONFERENCE «End of life decisions»,

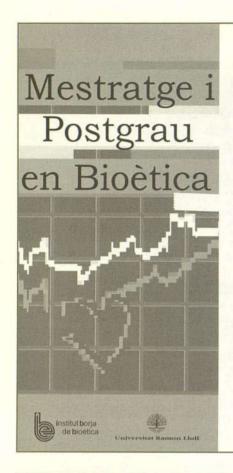
organizado por la «European Association of Centres of Medical Ethics» (EACME) para el día 27 de septiembre en Maastricht (Holanda). Secretaría: EACME Executive Office, Univ. Of Maastricht P.O. Box 616 6200 MD Maastricht (The Netherlands). Telf. 31-43-388.21.45 Fax 31-43-388.41.71 E-mail: secretariaat-ige@ige.unimaas.nl

 INTERNATIONAL **CONFERENCE** «Between Technology and Humanity»,

organizada por Caritas Vlaanderen (Bruselas), para los días 18 y 19 de octubre en Bruselas (Bélgica). Secretaría: International Conference Caritas Vlaanderen, Guimardstraat 1 1040 Brussels. Telf. 32-2-507.01.11 E-mail: post@caritas.be.

BancSabadell





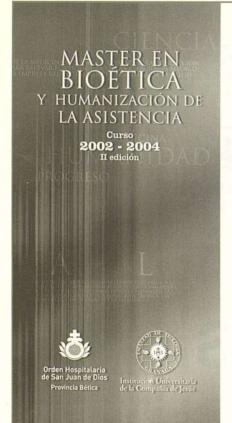
MÁSTER Y POSGRADO EN BIOÉTICA

Dirigido a licenciados en medicina, filosofía, gestión hospitalaria, juristas, profesores o investigadores interesados en las áreas de ciencias de la salud, profesionales de enfermería de trabajo social y otros titulados que deseen una especialización profesional y la correspondiente obtención del Posgrado Universitario acreditativo.

Las clases se imparten en la sede del Instituto Borja de Bioética en Esplugues de Llobregat (Barcelona).

Información

Secretaría del Institut Borja de Bioètica Santa Rosa, 39-57, 3.º 08950 ESPLUGUES DE LLOBREGAT (Barcelona) Teléfono 93.600.61.06 Fax 93.600.61.10 e.mail bioética@ibb.hsjdben.org Secretaría de la Facultad de Filosofía de la URL Diputació, 231 08007 BARCELONA Teléfono 93.454.16.00 Fax 93.451.52.12



MÁSTER EN BIOÉTICA Y HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA

La formación proporciona a los alumnos los conocimientos, criterios y actitudes necesarias para desarrollar funciones de asesoramiento bioético en Comités de Ética Asistencial, Comités Éticos de Investigación Clínica o Comités de Calidad y Humanización de la Asistencia.

Información:

Hermanos de San Juan de Dios (Provincia Bética)

Calle San Juan de Dios, 1 41005 SEVILLA Teléfono 954.933.870 Fax 954.933.871 e.mail

jmgalan@curia.betica.sanjuandedios-oh.es

Sede de las sesiones docentes:

Aula de Formación de la Curia Provincial de los Hermanos de San Juan de Dios Calle San Juan de Dios, 1 41005 SEVILLA