

EL ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS Y ÉTICO EN EL HOSPITAL GENERAL

Margarita Blanco Prieto¹

María Dieguez Porres¹

Alberto Fernandez Liria¹

Isabel Mirapeix Bedia¹

Ana Moreno Pérez¹

Déborah Ortiz Sánchez¹

Salvador Ruiz Murugarren¹

María Sanchez Pascual²

1: psiquiatra; 2: psicóloga interna residente

Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Crta Alcalá-Meco s/n. 28805 Alcalá de Henares. Madrid

afliria@gmail.com

EL ENFOQUE DE DERECHOS HUMANOS Y ÉTICO EN EL HOSPITAL GENERAL

Deseo que la salud se deje de considerar como una bendición esperada, y se conciba en cambio como un derecho humano por el que se ha de luchar.
Kofi Annan, Secretario General de las Naciones Unidas, 1997-2006.

1.- El enfoque basado en DDHH en salud

En el Programa de Reforma de la Organización de Naciones Unidas formulado en 1997, el Secretario General hizo un llamamiento a todas las entidades de la ONU a incorporar sistemáticamente los derechos humanos en sus actividades y programas dentro del marco de sus respectivos mandatos, el llamado enfoque basado en derechos humanos (EBDH). Así, el EBDH es un concepto transversal que atraviesa las políticas, programas, recomendaciones y acciones en todos los campos del desarrollo humano: educación, salud, cooperación, ayuda al desarrollo, colectivos marginados... Hoy en día se acepta que las violaciones de los derechos humanos son tanto una causa como una consecuencia de la pobreza y que la pobreza es el resultado de la falta de poder y la exclusión. La pobreza es la falta de bienes materiales y de oportunidades como el empleo, la propiedad de bienes productivos y ahorros. Es también la falta de bienes físicos y sociales como la salud, la integridad física, la ausencia de temor y de violencia, la integración social, la identidad cultural, la capacidad de organización, la capacidad de ejercer influencia política y la capacidad para vivir con respeto y dignidad¹. Desde este marco tiene sentido hablar de los derechos humanos aplicados a la salud.

La novedad que aporta este enfoque basado en los derechos humanos es que las actividades por el concernidas (salud, educación, desarrollo,...) quedan asentadas en un sistema de derechos y en las obligaciones correspondientes del Estado establecidas en la legislación internacional que es de obligado cumplimiento en su ámbito jurídico nacional para los estados que la firman.

Respecto a la salud, los documentos de la ONU explican que un enfoque de la salud basado en los derechos humanos tiene como objetivo específico garantizar el derecho a la salud y otros

derechos humanos relacionados con la salud. La elaboración de políticas de salud y programación deberían guiarse por normas y principios de derechos humanos y aspirar a desarrollar la capacidad de los titulares de deberes para cumplir sus obligaciones y empoderar a los titulares de derechos para que exijan eficazmente sus derechos en materia de salud².

Entre la salud y los derechos humanos existen vínculos complejos (véase figura 1)³:

- La violación o la desatención de los derechos humanos pueden tener graves consecuencias para la salud.
- Las políticas y los programas sanitarios pueden promover los derechos humanos o violarlos, según la manera en que se formulen o se apliquen.
- La vulnerabilidad a la mala salud se puede reducir adoptando medidas para respetar, proteger y cumplir los derechos humanos.



Figura 1. Ejemplos de la relación entre la salud y los derechos humanos. Tomado de³

Son muchos las declaraciones, tratados y leyes que, bien a modo de recomendación o de cómo parte de la legislación, sancionan este enfoque tanto en el ámbito internacional como en nuestro territorio^a.

^a Una revisión de este cuerpo legislativo puede verse en Torras, A. Un camino por recorrer: Nuestra defensa. Derechos Humanos en Salud Mental. Una aproximación. En: Desviat M, Moreno A (ed). Acciones de salud mental en la comunidad. AEN, colección estudios. Madrid, 2012 y en: OMS. 25

El derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr (en un sentido amplio que incluye el acceso a servicios de cuidado en situaciones de pérdida de salud así como la mejora en los determinantes de salud, tales como el acceso a agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva), previsto en el derecho internacional relativo a los derechos humanos, entraña la reivindicación de que mediante un conjunto de mecanismos sociales -normas, instituciones, leyes y un entorno propicio- se pueda garantizar de la mejor manera el disfrute de ese derecho.

La interpretación más autorizada del derecho a la salud es la que figura en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que ha sido ratificado por 145 países (al mes de mayo de 2002). En mayo de 2000, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, encargado de supervisar la aplicación del Pacto, adoptó una observación general sobre el derecho a la salud que establece cuatro criterios con respecto a los cuales se puede evaluar el respeto del derecho a la salud:

(a) Disponibilidad. Deberá haber un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como de programas.

(b) Accesibilidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

- No discriminación
- Accesibilidad física
- Accesibilidad económica (asequibilidad)

preguntas y respuestas sobre Salud y Derechos Humanos. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, N° 1. OMS, 2002.

- Acceso a la información

(c) Aceptabilidad. Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica, culturalmente apropiados y sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate.

(d) Calidad. Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad³.

Adoptar un enfoque basado en los derechos humanos en salud supone:

- Utilizar los derechos humanos como marco para el desarrollo sanitario.
- Evaluar las consecuencias que tiene cualquier política, programa o legislación sanitaria para los derechos humanos y adoptar medidas al respecto.
- Tener en cuenta los derechos humanos en la concepción, aplicación, supervisión y evaluación de todos los tipos de políticas y programas (políticos, económicos y sociales, entre otros) que guarden relación con la salud.

Y los principios que de lo anterior se derivan:

- Respetar la dignidad humana.
- Conceder atención a los grupos de la sociedad considerados más vulnerables.
- Garantizar que los sistemas sanitarios se hagan accesibles a todos.
- Adoptar una perspectiva de género y reconocer que los factores biológicos y socioculturales influyen considerablemente en la salud.
- Garantizar la igualdad y la no discriminación.
- Desglosar los datos relativos a la salud para determinar si hay discriminación subyacente.
- Garantizar la participación libre, fructífera y efectiva de los beneficiarios de las políticas o programas de desarrollo sanitario en los procesos de adopción de las decisiones que los afectan.

- Promover y proteger el derecho a la educación y el derecho a buscar, recibir y difundir informaciones e ideas relativas a las cuestiones de salud.
- Dejar que una política o un programa sanitario limite el ejercicio o el disfrute de un derecho únicamente como último recurso.
- Confrontar las consecuencias para los derechos humanos de cualquier ley, política o programa sanitario con los objetivos de salud pública que se persiguen, y lograr que exista un equilibrio óptimo entre la obtención de resultados positivos desde el punto de vista de la salud pública y la promoción y protección de los derechos humanos.
- Hacer referencias explícitas a las normas y reglas internacionales de derechos humanos para poner de relieve la forma en que los derechos humanos se aplican a una política, un programa o una ley sanitaria y la relación que existe entre ellos.
- Perseguir como objetivo explícito fundamental de las actividades destinadas a mejorar la salud la realización del derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr.
- Enunciar las obligaciones concretas de los gobiernos de respetar, proteger y cumplir los derechos humanos.
- Definir puntos de referencia e indicadores para supervisar la realización progresiva de los derechos en la esfera de la salud.
- Aumentar la transparencia y exigir una gestión más responsable de las cuestiones de salud, como principio fundamental en todas las etapas del desarrollo de los programas.
- Introducir salvaguardias para proteger de las principales amenazas a las minorías, los migrantes y otros grupos «impopulares» en los países, a fin de contrarrestar los desequilibrios de poder³.

Desde el punto de vista de los autores, no puede hablarse del enfoque de derechos humanos en el hospital general sin tener en cuenta este contexto más amplio que debería garantizar el

acceso universal a la salud, la equidad en las prestaciones... En la actualidad y en nuestro país, no se respeta el acceso universal a la salud en virtud del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones por el que el Sistema Nacional de Salud español deja de concebirse como un servicio nacional de salud financiado por los impuestos y que presta atención a los ciudadanos por el hecho de serlo para pasar a ser un sistema de seguridad social en el que el derecho a la prestación sanitaria está en función del hecho de estar cotizando como trabajador⁴. Las personas que sufren discapacidad mental son especialmente vulnerables a la discriminación, que afecta a su capacidad de acceso a tratamiento y atención adecuados. Tampoco en este sentido puede hablarse de accesibilidad si no se llevan a cabo acciones específicas para garantizar el acceso a la salud (o a los organismos que cuidan de ella en caso de pérdida de la misma) de colectivos que tienen dificultad para solicitar ayuda.

Además de las leyes nacionales que garantizan y regulan el acceso a la salud, es importante recordar que España firmó y ratificó en mayo de 2008 la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo por lo que, desde esta fecha, forma parte del ordenamiento jurídico español^{5, 6} que entiende que la persona no pierde sus derechos en caso de discapacidad (La discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad) y que es obligación asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna.

2.- Ética en las actuaciones sanitarias.

El término bioética se utiliza por primera vez en los años 70, como una forma racional de resolver los conflictos éticos surgidos en el ámbito de las ciencias de la vida cuando los hechos

son enjuiciados por personas cuyos credos morales son o pueden ser radicalmente distintos^b. Nace como una praxis o ética aplicada. Podemos encontrar las razones que explican su nacimiento y desarrollo en los avances en el campo de la biología molecular y la ecología, en la transformación de la medicina en los últimos 50 años (desarrollo de la autonomía, avances tecnológicos y cambios institucionales y políticos).

Los principios éticos que rigen las actuaciones sanitarias, aunque enunciados de otra manera, no difieren de los enunciados más arriba en el enfoque basado en derechos humanos en salud. Beauchamps y Childress⁷ enunciaron en 1979 los cuatro principios éticos que ordenan este tipo de intervenciones:

- La no maleficencia (*Primum non nocere*), no hacer daño al paciente, es la formulación negativa del principio de beneficencia que nos obliga a promover el bien. Los preceptos morales provenientes de este principio son no matar, no inducir sufrimiento, no causar dolor, no privar de placer, ni discapacidad evitable. Las obligaciones derivadas consisten en realizar un análisis riesgo/beneficio ante la toma de decisiones específicamente en el área de la salud y evitar la prolongación innecesaria del proceso de muerte. Se trata de respetar la integridad física y psicológica de la vida humana. Es desde este principio desde donde planteamos si algunas de nuestras prácticas, especialmente las medidas coercitivas, dañan al paciente, si el posible beneficio justifica la posibilidad de daño y de falta de respeto a los derechos de la persona.
- Beneficencia: Se refiere a la obligación de prevenir o aliviar el daño, hacer el bien u otorgar beneficios, deber de ayudar al prójimo por encima de los intereses particulares, Los elementos que se incluyen en este principio son todos los que

^b Para una revisión histórica y sistemática de la bioética puede verse: Gracia D. Fundamentos de Bioética. Triacastela. Madrid, 2008.

implican una acción de beneficio que haga o fomente el bien, prevenga o contrarreste el mal o daño.

- Autonomía: Consiste en reconocer la capacidad de cada persona para tomar decisiones en relación a tratamientos o estudios que se le realizarán, es decir, reconocer la capacidad de que cada quien conduce su vida en concordancia con sus intereses, deseos y creencias.
- Justicia: Principio que hace referencia a la distribución equitativa de bienes, considerando la salud como bien mayor. Este principio está relacionado con la norma moral de dar a cada quien lo que necesita, de la cual se derivan diversas obligaciones, como realizar una adecuada distribución de los recursos, proveer a cada paciente de un adecuado nivel de atención, y disponer de los recursos indispensables para garantizar una apropiada atención de salud.

Para Diego Gracia⁸, estos principios están jerarquizados, de forma que si entran en conflicto, unos tienen predominio sobre otros:

- Nivel 1: no maleficencia y justicia. Es el nivel que podemos llamar de "ética de mínimos", en el que se nos puede obligar desde fuera, porque regula el bien común. Se refiere a las obligaciones "perfectas" que generan deberes negativos transitivos (lo que no se debe hacer a otros). Socialmente vendría regulado por el Derecho.
- Nivel 2: autonomía y beneficencia. Es el nivel de "ética de máximos", relacionado con el proyecto vital que cada persona libremente escoge en la búsqueda de la felicidad y de la plasmación de sus propios valores. Se refiere a las llamadas obligaciones "imperfectas", que me puedo exigir a mí, pero que no puedo imponer a los demás. Este nivel sería el correspondiente al estudio de la Moral.

3.- El hospital general

La OMS define el hospital como institución sanitaria que dispone de personal médico y otros profesionales organizados y de instalaciones para el ingreso de pacientes, y que ofrecen

servicios médicos y de enfermería y otros servicios relacionados durante las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Algunas de las características del entorno hospitalario ayudan a entender las condiciones en las que se presta la atención y qué atención se presta. Los hospitales generales están diseñados para el tratamiento de personas que padecen procesos agudos o descompensación aguda de procesos crónicos. El paciente puede llegar en una situación de riesgo vital, en la que puede ser definitiva la rapidez en la toma de decisiones. Esto implica una presión elevada para el personal que le atiende y una situación de incertidumbre y temor para el paciente y la familia. No siempre es así, no siempre existe esa urgencia; sin embargo, se da la aparente paradoja de, estando preparados para lo peor, tener dificultad para adaptarse y tratar lo menos grave. En todos los casos, el paciente es despojado, junto con su ropa, de su identidad: pasa a ser un número de box o habitación, vestido con un camisón o pijama que tiene la virtud de facilitar un acceso rápido a las áreas corporales que deban ser exploradas y/o intervenidas.

Probablemente esa “deshumanización” es el mecanismo que utilizan los profesionales para hacer frente a la angustia. Para Moreno-Jiménez et al⁹, en los últimos 30 años han cambiado muchos aspectos de la práctica médica: el nivel de autonomía es menor, el estatus social de los médicos ha disminuido y las presiones laborales han aumentado. En este sentido, se ha propuesto que las fuentes de estrés y de desgaste profesional dentro de las profesiones asistenciales pueden englobarse en dos grandes categorías: la relación y el contacto directo con los pacientes y los factores administrativos y organizacionales. El desgaste profesional se encuentra asociado con la disminución de la calidad del trabajo, la reducción del compromiso laboral, problemas de salud relacionados con el estrés y una menor satisfacción con la carrera profesional. Afirman que los bajos niveles de satisfacción laboral pueden afectar no sólo a la relación médico-paciente sino también comprometer la calidad del cuidado, atención o tratamiento médico. Los bajos niveles de satisfacción del trabajo profesional médico han sido también asociados con prescripciones médicas inapropiadas. En los profesionales de la

medicina, ciertas peculiaridades los hacen teóricamente más susceptibles de sufrir burnout, como son la sobrecarga de trabajo, las guardias, la competitividad, la necesidad de estar al día, la burocracia, la convivencia con otros miembros del equipo y el trato directo con los pacientes cuyas demandas físicas y emocionales se trasladan al médico, siendo una fuente importante de ansiedad el hecho de tener que enfrentarse frecuentemente con el sufrimiento humano y la muerte⁹.

4.- El enfermo mental en el hospital general

La Ley General de Sanidad de 1986 recoge en su artículo 20 las condiciones de integración en el sistema sanitario general en las que se debe prestar la atención sanitaria al enfermo mental. Se especifica que el ingreso debe realizarse en unidades psiquiátricas de hospitales generales. Sin duda, esto supuso un gran avance respecto a la reclusión manicomial pero llevó aparejados algunos problemas que hasta la fecha no se han resuelto:

- La Salud Mental fue la última especialidad en incorporarse a los hospitales generales, a un entorno físico pensado para tratar patología aguda que genera estancias breves. No hemos sido capaces de conseguir un entorno físico adecuado (quizá en ese esfuerzo por asimilarnos a las demás especialidades y ser aceptados) a las necesidades de las personas que atendemos. Ni en las unidades de hospitalización ni en las urgencias de los hospitales generales.
- Los profesionales sanitarios, especialistas o no en salud mental, como el resto de la sociedad en la que estamos inmersos, somos fuente de estigma para las personas diagnosticadas de una enfermedad mental¹⁰.

Este es el contexto en el que abordaremos los conflictos éticos que se producen habitualmente en el hospital general en relación con la atención a personas afectadas de una enfermedad mental. Lo veremos más adelante.

4.1.-Ética de las actuaciones contra la voluntad del paciente.

Los pacientes psiquiátricos, señala Ortiz Lobo, son los únicos que pueden ser tratados en contra de su voluntad. Esto convierte a la psiquiatría en una disciplina extraordinariamente controvertida y particular donde, junto con la oportunidad de cuidar y sanar al otro convive la posibilidad de someterlo y destruirlo como ciudadano al privarle de sus derechos¹¹.

Se consideran formas coercitivas de tratamiento psiquiátrico el ingreso involuntario, la retención tras un ingreso voluntario, la restricción de movimientos por medios mecánicos, la reclusión y la administración forzosa de medicación. El panorama en los distintos países europeos es extremadamente variado por lo que concierne a la frecuencia de tales medidas y el marco jurídico que las regula. Esta acusada falta de homogeneidad deja margen para que se infrinjan los derechos de los pacientes y no se apliquen las mejores prácticas. Ante esta situación, el proyecto EUNOMIA (Evaluación Europea de la Coerción y Armonización de la Mejor Práctica Clínica, 2002-2006), financiado por la Comisión Europea, llevó a cabo un estudio de casos prácticos siguiendo un enfoque naturalista que abarcó doce regiones de doce países europeos. Se recabaron datos sobre las prácticas coercitivas, sus influencias y consecuencias. Se elaboraron recomendaciones clínicas comunes en relación con las medidas de tratamiento coercitivas. Estas recomendaciones abordaron toda una serie de cuestiones relevantes con la intención de mejorar la calidad de los procedimientos en interés del paciente^{12, 13}.

Revisaremos, junto con viñetas clínicas que sirven de ejemplo de los conflictos éticos, algunas de las prácticas más controvertidas que, en este sentido, se dan en el hospital general.

4.1.1- Ingreso voluntario /involuntario:

El “Internamiento no voluntario por trastorno psíquico” está regulado por el art. 763 de la LEC^c. Según este artículo,

^c El Tribunal Constitucional dictó la sentencia 132/2010 (publicada en el BOE de 05/01/11) declarando inconstitucionales los párrafos primero y segundo del art. 763.1 LEC, pero manteniendo su vigencia hasta tanto el legislador no promulgue otra disposición para regular los internamientos no voluntarios por razón de trastorno psíquico en forma de ley orgánica, tal como dispone el art. 81 de la Constitución.

“el internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometido a la patria potestad o tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento”.

El concepto de Internamiento Involuntario por trastorno psíquico está ligado a la presunción de incapacidad para decidir por sí mismo en ese momento. La autorización será previa salvo que razones de urgencia hicieran necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso el responsable del centro donde se produzca el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y en todo caso dentro del plazo de 24h., debiendo ratificar el tribunal la medida adoptada en un plazo no superior a 72h., periodo de tiempo que en nuestro estado de derecho corresponde con el denominado “habeas corpus”. El Tribunal que autoriza y ratifica el Internamiento Involuntario está formado por juez, forense y fiscal. Antes de conceder la autorización o ratificar el internamiento, el tribunal oír a la persona afectada, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia se estime conveniente; además el tribunal deberá examinar por sí mismo al afectado y oír el dictamen de un facultativo por el designado. En la misma resolución que acuerda el internamiento se expresará la obligación de los facultativos de informar periódicamente al tribunal (cada 6 meses como mínimo). Los facultativos pueden dar el alta cuando lo consideren oportuno debiendo comunicarlo al tribunal. En cualquier caso el internamiento del paciente es una medida técnico-sanitaria, no social ni represiva, que busca el bien del sujeto, no su simple reclusión. Es el médico el que valora la situación y decide, con sus conocimientos, que la persona precisa asistencia sanitaria en régimen de internamiento; el juez tutela los derechos del paciente. En la práctica es el médico forense adscrito a los diferentes juzgados el que supervisa técnicamente la conveniencia de la medida sanitaria de privación de libertad^{14, 15, 16}. El desarrollo de las nuevas tecnologías también ha modificado en algunos lugares la valoración

Según este artículo de la Constitución, cuando se trata de promulgar normas que afectan al ejercicio de los derechos fundamentales y de las libertades públicas, estas deben tomar la forma de leyes orgánicas.

judicial de las personas ingresadas de forma involuntaria^d. Si bien esta modalidad puede contribuir a un mejor cumplimiento de los plazos legales en los que el paciente debe ser valorado, su ejecución requiere la presencia de personal, lo que puede comprometer la confidencialidad.

En la Urgencia se aplican medidas de involuntariedad en pacientes con criterios clínicos que inciden en su capacidad de autogobierno. Estas medidas se prolongan en ocasiones con el ingreso en Unidad de Hospitalización Breve, o bien se dejan de ejercer cuando se resuelve la clínica que ha motivado la permanencia del paciente en Urgencias en contra de su voluntad (sobre todo en casos de intoxicación por sustancias con efecto sobre el SNC). Existen otros casos que desafían esta norma y para los que no suele haber una respuesta unívoca.

Varón de 76 años derivado desde su residencia para valoración psiquiátrica y neurológica por alteraciones de conducta que aparecen al no permitir el centro la salida del paciente para dar un paseo. Sin antecedentes psiquiátricos, antecedentes de conductas extrañas en relación a encefalopatía hepática y crisis hipoglucémicas, que ocurrieron mientras vivía solo. En estudio por Neurología por posible demencia frontotemporal, diagnóstico de diabetes insulínica dependiente y cirrosis secundaria a hepatitis C. No incapacitado legalmente. Tras exploración orgánica y psicopatológica no se halla clínica aguda, el paciente permanece lúcido y tranquilo, se niega a volver a la residencia, exigiendo volver a su piso, encontrándose en grave riesgo de descompensación médica sin los cuidados sanitarios de su residencia. Solicita el alta.

Cuando una persona acepta ingresar en la Unidad de Hospitalización Breve y presenta plena capacidad de juicio, firma el ingreso voluntario. Cuando una persona precisa ingresar desde el punto de vista del facultativo, en una situación de riesgo vital y/o psíquico y el paciente no conserva capacidad para valorar su situación y tomar las medidas que tomaría si lo conservara, se realiza un ingreso involuntario. Sin embargo, las situaciones en las que puede llegar el paciente, acompañado o no por la familia, no siempre permiten delimitar claramente en qué situación nos encontramos. Por otra parte, las decisiones de los clínicos están condicionadas por aspectos (como raza, sexo, hora, diagnóstico, creencias, disponibilidad de recursos no

^d Por ejemplo, en el Hospital Universitario Príncipe de Asturias se firmó un protocolo entre el Decanato Judicial y la Gerencia del Hospital para la valoración de personas ingresadas mediante videoconferencia.

hospitalarios...) que no tienen relación con la valoración de la capacidad del sujeto de tomar decisiones^{17, 18}.

Varón de 32 años, diagnosticado de esquizofrenia paranoide desde hace 6. Acude acompañado por los padres, a iniciativa de éstos, que en los últimos 15 días no le ven bien: ha abandonado un empleo que los padres consideraban bueno y ha buscado otro, a través de Internet, para trabajar en casa; duerme poco, insulta a la madre recriminándole sus modales y presenta peculiaridades alimentarias recientes. El paciente argumenta y normaliza cada uno de estos cambios. Reconoce que ha abandonado el tratamiento farmacológico. En la exploración no se objetiva claramente sintomatología psicótica. Ante la posibilidad, que no certeza, de una descompensación psicótica se le propone un ingreso breve para observación y tratamiento si procede. Acepta verbalmente quedarse porque así se le aconseja "haré lo que me digáis" pero no accede a firmar el ingreso voluntario porque "si hubiera sido por mi voluntad no habría venido al hospital".

R, varón de 35 años. Sin antecedentes de tratamiento psiquiátrico aunque la historia que relata puede hacer pensar en la presencia de rasgos esquizoides de personalidad. Desde el fallecimiento de los padres, hace 15 y 10 años, no tiene ningún contacto familiar ni social excepto ocasionalmente los vecinos. Ha perdido el trabajo. Presenta ideación autolítica estructurada, con planes de suicidio inminentes. Se le ofrece permanecer en observación o ingreso pero no acepta. En la exploración no se aprecia sintomatología psicótica ni afectiva.

Hasta la publicación de la Convención de los Derechos de Personas con Discapacidad, la clave en la toma de decisiones respecto a la voluntariedad o no en el ingreso estaba en la valoración de la capacidad de la persona. No hay, por lo general, una capacidad o incapacidad definitiva¹⁹. De hecho, en el Código Civil se habla de capacidad de obrar en su grado máximo (plena), restringida (menor emancipado, pródigo o incapacidad parcial) o de privación de la capacidad, según los términos de la sentencia, que debe determinar la extensión y los límites, así como el régimen de tutela o guarda²⁰. La competencia es un proceso que puede variar con el tiempo, con la condición social, con el estado de salud. Y aquí surge uno de los primeros riesgos en salud mental: presumir la incapacidad en toda enfermedad mental grave, de una vez y para siempre. Incapacidad y diagnóstico de enfermedad mental deben determinarse por separado, tal como señala la OMS en su informe sobre legislación y derechos de los pacientes mentales²¹. Por otra parte, etiquetar a los enfermos mentales como incompetentes para el ejercicio de determinados derechos o el desarrollo de determinados roles, además de ilegal según la CDPD, también tiene "efectos secundarios" tanto en el imaginario social como en el estado psíquico

de las personas que habría que intentar evitar²². La propia definición de capacidad nos enfrenta a las dificultades a la hora de concretar su funcionalidad. En primer lugar, porque la capacidad hay que determinarla para cada tarea concreta, en cada momento y está condicionada socialmente¹⁹. Appelbaum y Grisso exploraron el proceso de decisión del paciente en un estudio multicéntrico a gran escala, evaluando cuatro capacidades: apreciar la propia situación, comprender la información, razonar a partir de la información y realizar una elección, llegando a la conclusión de que los pacientes habitualmente eran capaces de tomar decisiones competentes, a pesar de la opinión médica tradicional²³.

El debate está, de una parte, en la evaluación de la discapacidad, en su grado de fiabilidad y, de otra, en los procedimientos de sustitución (sustitución de la toma de decisiones vs apoyo en la toma de decisiones, directivas avanzadas^{24,25}). Si hay posiciones encontradas, estas trascienden tanto el ámbito sanitario como el jurídico, y reproducen un viejo desencuentro social sobre el imaginario de la enfermedad mental, su supuesta irresponsabilidad y peligrosidad¹⁹.

De la importancia de medir la capacidad del sujeto y la valoración de esas decisiones, especialmente en los ámbitos sanitario y judicial, parte el desarrollo de las escalas móviles de capacidad en los años 70: se trata de adecuar la exigencia al tipo de intervención; así, una decisión aceptada por la mayoría de las personas requeriría únicamente la capacidad de comunicarla y otra que fuera en contra de los intereses del sujeto requeriría poder argumentarla en valores²⁶. Roth, Meisel y Lidz²⁷ idearon un test de capacidad que demanda criterios cada vez más complejos en función de la decisión. Los aspectos a valorar son:

- Comunicar una decisión (ser capaz de decir si o no o asentir; sólo los que no pueden comunicarse -pacientes en coma, catatónicos- son considerados incapaces).
- Tomar una decisión razonable (la decisión que toma es la que tomaría una persona razonable si estuviera en sus circunstancias. Se corre el riesgo de ser considerado incapaz si el que evalúa no está de acuerdo con la decisión tomada).
- Tomar una decisión basada en motivos racionales (evalúa la calidad del proceso de razonamiento del paciente más que el resultado. Si un paciente toma decisiones basadas en un razonamiento delirante se le considera incapaz).

- Comprender la información necesaria para tomar la decisión (supone comprender el significado de la información ofrecida, los riesgos, beneficios y alternativas de tratamiento).
- Comprender realmente todos los aspectos relevantes de la decisión a tomar (es el que está situado a un nivel más alto de exigencia).

La crítica que han recibido estas escalas parte de la idea de que tomar en consideración las consecuencias de la decisión a la hora de valorar la capacidad, peca de paternalista y puede no proteger la autonomía del sujeto.

White²⁸ subraya la necesidad de evaluar no solo las habilidades cognitivas, sino también las afectivas (sentimientos, motivaciones y control de conducta). Los aspectos cognitivos y racionales no son los únicos que un sujeto tiene en cuenta a la hora de tomar decisiones; por eso, Higgs señala la posibilidad de introducir las narrativas éticas para comprender la perspectiva y el contexto en el que se plantea la cuestión de la competencia²⁹.

El grupo de trabajo de derechos humanos y salud mental de Andalucía analizó, a la luz de la Convención de Derechos de Personas con Discapacidad, las posibles vulneraciones de derechos en las prácticas asistenciales y propuso medidas correctoras³⁰. Respecto a la capacidad de las personas afectadas de enfermedad mental, el grupo señala que la CDPD supone un nuevo paradigma en la protección de los derechos de las personas con discapacidad. Existe, afirman, una visión de la discapacidad obsoleta, basada en modelo médico tradicional y paternalista, que es necesario dirigir hacia el modelo social de discapacidad, que entiende que la discapacidad *“no reside en la persona sino en el entorno que no le permite desarrollar sus potencialidades”*. La CDPD obliga a tomar medidas normativas relacionadas con la capacidad jurídica, que supondría mayores garantías en todo lo que se relaciona con la capacidad (apoyos para la toma de decisiones que respeten la autonomía y las preferencias de las personas, ingresos involuntarios, uso de medidas coercitivas, etc.). Y sugieren que es importante reemplazar los procedimientos basados en la identificación de la incapacidad y en la sustitución de la voluntad de la persona, por sistemas que en su lugar potencien la voluntad y establezcan la provisión de apoyos, flexibles y adecuados a cada

persona, a cada decisión concreta y a cada momento. Es fundamental que los propios profesionales sean conscientes de que se vulneran derechos con ciertas prácticas. Los aspectos más delicados de las prácticas realizadas en los servicios de salud mental se relacionan, entre otros, con los ingresos involuntarios. El Servicio Andaluz de Salud auditó, durante el segundo semestre de 2009, la utilización del ingreso involuntario en las Unidades de Hospitalización de Salud Mental, encontrando una gran variabilidad (del 16 al 87% del total de los ingresos fueron ingresos involuntarios)³⁰. Este dato, igual de dispar a nivel europeo³¹, desde nuestro punto de vista, refleja la ausencia de un criterio común a la hora de decidir la involuntariedad (¿tras valoración de la competencia para la toma de esa decisión concreta?, ¿cuando el paciente no accede a la alternativa terapéutica que le proponemos?, ¿en todos los casos de trastorno mental grave?) pudiendo ello suponer una vulneración de varios de los derechos expresados en la CDPD. Otra hipótesis para explicar las disparidades encontradas podría estar relacionada con la disponibilidad de recursos y/o modelos de trabajo. Por ejemplo, menos alternativas comunitarias o menor orientación comunitaria de los servicios y sus profesionales podrían implicar más ingresos involuntarios. En este sentido, las unidades de hospitalización se convierten en ocasiones en un dispositivo multiusos con el que se intenta paliar (de forma inadecuada) las carencias del resto de la red: equipos de continuidad de cuidados escasos, listas de espera prolongadas en dispositivos de rehabilitación y/o residenciales, dificultades en la coordinación entre distintos profesionales y distintos niveles asistenciales.

En el ámbito de la interconsulta el recurso al ingreso involuntario es mucho menos habitual que en las unidades de internamiento psiquiátrico, de hecho es excepcional. Aun en el caso de que un equipo judicial autorice realizar o mantener el ingreso en contra del criterio y la voluntad del paciente, será preciso persuadirle y negociar unas determinadas condiciones si se pretende evitar medidas restrictivas como la inmovilización mediante contención mecánica o el control por medios audiovisuales. Es habitual, por ejemplo, que pacientes que requieren ingreso por síntomas de desnutrición severos en el contexto de un Trastorno de

Comportamiento Alimentario (TCA) no tengan conciencia de su deterioro y rechacen el ingreso de forma voluntaria. En otras ocasiones el rechazo se deriva de una ausencia de motivación para mejorar hábitos y deseo persistente de adelgazar y la defensa del trastorno como una forma de vida elegida. El tratamiento en régimen de internamiento se suele pactar en base a un contrato terapéutico que sirve de consentimiento informado y que consiste en una serie de fases que incluyen restricciones de mayor a menor según la paciente avanza en el logro de objetivos terapéuticos. La inexistencia de alteración de juicio de realidad en los pacientes con TCA hace que la condición de falta de autonomía no sea clara. Si existe riesgo vital o de deterioro grave el ingreso involuntario suele estar fundamentado en las distorsiones cognitivas y de la imagen corporal derivadas del propio trastorno y los efectos a nivel cognitivo de la desnutrición.

Paciente mujer que desarrolló una grave distorsión de la imagen corporal tras una experiencia de violencia de pareja con agresiones y abusos repetidos. En un principio acepta la derivación para ingreso por desnutrición que le propone su terapeuta por su dificultad en aceptar una alimentación que cubriera los requerimientos mínimos para restablecer su salud. Una vez en el hospital se siente incapaz de mantenerlo y solicita el alta voluntaria antes de haber logrado una mínima estabilización. Se solicitó autorización judicial para mantener el ingreso que fue otorgada únicamente para una semana porque se consideró que no existía una alteración del juicio global pero sí una situación de incapacidad parcial y limitada transitoria que justificaba la medida. La paciente, a pesar de estar ingresada en una unidad abierta, aceptó la limitación impuesta por el Juez y los tratamientos. Este periodo de involuntariedad fue suficiente para lograr una cierta toma de conciencia y una alianza terapéutica que permitió mantener el ingreso mucho más tiempo y lograr los objetivos propuestos al inicio del mismo.

En ocasiones las pacientes con TCA se sienten dominadas por cogniciones muy distorsionadas acerca de la conducta alimentaria que temen o que les avergüenza no obedecer pero sienten una imperiosa necesidad de ayuda y temor por su salud. En estos casos el hecho de que una autorización judicial sostenga la decisión médica de alimentarlas, aun en contra de su férrea voluntad, suele resultar alivante y terapéutico desde el momento en que ya no son ellas las que toman la decisión tan vergonzante de comer y “engordar”.

Cuando al equipo terapéutico que atendía a una paciente se le planteó la necesidad de utilizar una contención mecánica prolongada como única medida disponible para garantizar que no interrumpía el paso de la alimentación enteral, después de que

habían fracasado todos los intentos de pactar una alimentación natural suficiente, y como única medida para frenar el rápido deterioro ponderal y de salud, se decidió convocar al Comité de Ética del Hospital. Los expertos del comité avalaron la necesidad de proseguir con la alimentación forzada pero recomendaron un cambio de encuadre terapéutico y buscar un centro sanitario con una unidad cerrada y mayor contención por parte de personal entrenado, donde las medidas restrictivas fueran menos agresivas. La medida fue eficaz a corto plazo lo que llevó al equipo a preguntarse si lo que había fracasado previamente no había sido la construcción de una buena alianza terapéutica.

El caso prototípico en la Interconsulta es el del paciente que requiere una intervención más o menos inmediata para evitar un deterioro grave de su salud o un riesgo vital y se niega a aceptarla o no está en condiciones de decidirlo. Si la imposibilidad de tomar una decisión adecuada deriva de los síntomas de un trastorno orgánico – deterioro cerebral, intoxicación, estado confusional- o un trastorno psicótico o maníaco que anulan la capacidad de entender el riesgo o de comprender su verdadera dimensión, el ingreso involuntario se justifica por dicho trastorno. En el primer caso, el de un trastorno orgánico, es el propio médico el que puede hacer la evaluación y tomar la decisión de intervenir aunque no es infrecuente que requiera la colaboración del equipo de salud mental en caso de duda o en situaciones límite. La mejor actuación en estos casos es la que se deriva del manejo de protocolos de actuación basados en pruebas y las recomendaciones de práctica clínica, que hayan sido consensuados en el equipo terapéutico y que contengan mecanismos específicos de control y supervisión. En caso de que se presente la necesidad de utilizar medidas restrictivas de la libertad muy invasivas o prolongadas se pone la situación en conocimiento del Juez para obtener la debida autorización a establecer la medida con los correspondientes controles posteriores.

4.1.2.- Uso de contención mecánica

Tanto del estudio EUNOMIA¹³ como de la auditoría realizada en las unidades de hospitalización de Andalucía³⁰ se desprende que:

- En la inmensa mayoría de la Unidades de Hospitalización la práctica de la contención mecánica está sometida a protocolos que regulan en qué situaciones se considera lícito emplearla (en general, ante la posibilidad de daño a sí mismo o a otros, cuando

otras medidas menos coercitivas han fracasado), material y personal necesario, técnica y registros de control.

- Existe una gran variabilidad de uso de la medida³², con unas oscilaciones entre 4.5 y 34.41 episodios mensuales registrados²⁷, que no se explica por diferencias en el perfil de pacientes atendidos.

En las recomendaciones que redactó el estudio EUNOMIA respecto al uso de las medidas coercitivas durante la hospitalización aparecen:

- En algunos casos será necesario que las medidas puedan llegar hasta el control total de la conducta del paciente.
- Como garantía de que su empleo no es abusivo, se habrá recurrido a ellas como último opción, después de haber intentado la contención oral y otras medidas preventivas.
- Deben tener un carácter excepcional y siempre en el espacio que delimitan el art. 763 de la LEC que autoriza actuar sin el consentimiento del paciente y la Ley 41/2002 de “Autonomía del Paciente” que defiende y promueve la autonomía del mismo.
- Pueden ser adoptadas solo cuando hayan fracasado otras medidas previas (verbales y ambientales)
- Estarán indicadas solo en beneficio del paciente y nunca por motivos disciplinarios o pedagógicos.
- Deben estar reguladas por algún tipo de normativa o protocolo específico.
- Deben estar sometidas a la Garantía judicial.
- Deben de cumplir un mínimo de principios básicos éticos legales:
 - respeto de la dignidad.
 - Legalidad.
 - Proporcionalidad.
 - Devolución de la autonomía personal en el menor tiempo posible.
 - Equidad.

Y en concreto, respecto a la contención mecánica:

- Inmovilización del paciente utilizando de modo exclusivo las manos de las personas que le atienden.
- En el Derecho comparado se encuentran países en los que sólo esta forma es admitida legalmente.
- El protocolo debe instruir sobre las indicaciones, el número de personas a intervenir, cómo y por dónde el sujeto debe ser inmovilizado.
- Sobre el entrenamiento del personal.
- Se ha de usar solo material homologado para tal fin (bandas con cierres imantados o cinturones fijadores)

A la luz de la Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad, el grupo andaluz considera que la aplicación de esta medida podría vulnerar los artículos 14 (de la libertad y seguridad de la persona) y 15 (Protección contra la tortura y otros tratos crueles, inhumanos o degradantes) y sugieren como acciones de mejora:

- Compartir con los representantes de movimientos asociativos de familiares y pacientes los resultados de las auditorías sobre episodios de contención mecánica y trabajar conjuntamente, en el ámbito de las Unidades de Gestión Clínica, sobre las medidas de mejora.
- Asegurar el cumplimiento del registro de contenciones mecánicas en cada dispositivo, en base a lo establecido en el Protocolo.
- Protocolizar cualquier otra medida que suponga la restricción de movimientos del paciente: registro y argumentación de la decisión en Historia Clínica.
- Sesiones clínicas y formación sobre contención mecánica.
- Inclusión de la perspectiva de las personas atendidas en los planes de formación continuada.
- Asegurar la implantación del protocolo de contención mecánica y establecer evaluaciones periódicas por parte del Programa de Salud Mental.

- Inclusión de objetivos sobre la disminución de contención mecánica en los Acuerdos de Gestión Clínica³⁰.

Sin embargo, en ocasiones se utiliza la contención mecánica para suplir carencias estructurales:

Paciente de 43 años con diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide que es traído a Urgencias por la policía por alteraciones de conducta. Antecedentes de fuga desde el servicio de observación cuando esperaba disponibilidad de cama en UHB. En la exploración se objetiva descompensación psicótica, y necesidad de ingreso involuntario en UHB. El paciente muestra su disconformidad, pero se encuentra tranquilo y no presenta nuevas alteraciones de conducta. Al no haber cama disponible para realizar el ingreso de forma inmediata, se decide sujeción mecánica ante el posible riesgo de fuga y la imprevisibilidad observada en episodios previos. Se mantiene esta medida hasta conseguir cama.

O por factores ajenos a las decisiones clínicas:

Paciente de 31 años derivado desde prisión estatal por posible cuadro psicótico, con custodia policial constante por su situación legal. Tras valoración inicial por el servicio de Medicina se decide dejar en observación y se solicita valoración psiquiátrica. El paciente permanece esposado de una mano a una de las barandillas de la cama, inquieto e irritado. En este caso, el riesgo de seguridad derivado de la conducta del paciente es responsabilidad directa de la custodia policial, los cuales toman medidas en este sentido incluso por encima de la indicación médica. Es por ello vital el diálogo con los agentes que realizan la custodia. La medida de seguridad implicaba riesgo físico para el paciente y la propia medida estaba aumentando el riesgo de agitación. Se pudo acordar con los agentes que, tras la evaluación psicopatológica, se pudiera revalorar la necesidad de permanecer esposado. Cedió la irritabilidad con contención verbal, se retiraron las esposas y pudo permanecer tranquilo hasta que se terminó la evaluación médica y se decidió ingreso en Unidad de Custodia. Se acordó con los agentes de policía que en caso de requerir nueva inmovilización se aplicaría el protocolo de contención mecánica del Hospital.

La contención mecánica no es, ni mucho menos, una técnica inocua. No lo es el uso de ninguna medida coercitiva. Además de vulnerar derechos fundamentales, algunos estudios sugieren que este tipo de medidas pueden ser traumatizantes, junto con otras experiencias de pérdida de control relacionadas con la sintomatología³³. El testimonio de las personas que han sido sometidas a ella es estremecedor^e. Sin duda, el uso de protocolos es importante y puede

^e Sirva como ejemplo el grupo de discusión que la Asociación Bipolar de Madrid organizó sobre hospitalización psiquiátrica en julio de 2010, en el que participaron 18 personas afectadas por trastorno bipolar y 1 familiar. En base a los testimonios, concluyeron que la aplicación de contención mecánica a los pacientes bipolares resultaría ser una constante en la mayoría de los hospitales de la Comunidad de Madrid en donde se efectúan internamientos psiquiátricos. Además, la forma en que es aplicada, según

contribuir a reducir el uso de la contención mecánica³⁴. En este sentido, es muy interesante la experiencia que publican Godfrey et al³⁵ en el que la aplicación de dos estrategias complementarias (formación del personal en técnicas para reducir escaladas y un equipo de respuesta para situaciones de crisis junto con la necesidad de aprobación previa para el uso de la contención mecánica) consiguió reducir su utilización de forma significativa sin que hubiera un aumento en las agresiones ni en las lesiones.

Pero pensamos que sólo desde la consideración de la contención mecánica como la expresión del fracaso terapéutico, de nuestra incapacidad de ayudar a las personas en las situaciones en las que recurrimos a ella, estaremos en disposición de profundizar e investigar en otras técnicas respetuosas con los derechos humanos. El hecho de que haya lugares donde no se utiliza la contención mecánica y las unidades son abiertas (Soteria, Trieste...) nos lleva a pensar que, más allá de la psicopatología del paciente, existen formas de entender la enfermedad mental y de organizar la asistencia que consiguen un mayor respeto a los derechos humanos.

La mayoría de las veces que se recurre a la sujeción mecánica en la Interconsulta no se debe a una necesidad derivada de la propia patología sino a la falta de los medios adecuados, de personal e infraestructuras, para asegurar una adecuada contención y seguridad del paciente. Se evitarían este tipo de actos invasivos y restrictivos que, además no contribuyen a una mejor evolución de la clínica, si se dispusiera de medios suficientes y personal entrenado en el manejo de alteraciones de conducta y en habilidades de comunicación y de un medio terapéutico estructurado contenedor.

los relatos de los pacientes con TB, afectaría gravemente a varios derechos fundamentales. La duración de la aplicación de esta medida se prolonga en ocasiones durante varios días, sin una supervisión y seguimiento adecuados ni tampoco se deja constancia registral de su aplicación en los informes que al alta hospitalaria recibe el paciente una vez concluido el internamiento. Puede verse la denuncia y las acciones emprendidas en <http://asociacionbipolar-demadrid.com/Comunicados/Comunicado-contra-Contencion-Mecanica.html>

Paciente de 66 años con antecedentes en Salud mental desde hace más de 20 años por trastorno de ideas delirantes persistentes. Actualmente vive al cuidado de un equipo de apoyo social comunitario y se mantiene estable con tratamiento que toma regularmente. Las ideas delirantes de persecución y perjuicio están en un segundo plano desde hace años y no comportan alteraciones conductuales. Ingresó en el servicio de neurología para estudio después de que lo encontraran en su domicilio con alteración del nivel de conciencia y dificultades de movilidad. El la urgencia presentó un cuadro confusional con agitación por lo que se pautó una contención mecánica. Tres días después de estar en la planta de neurología llaman a psiquiatría para valorar la retirada de la contención. El paciente no opuso resistencia al ingreso en ningún momento pero tampoco estaba en condiciones de tomar la decisión y la medida no había sido comunicada al Juez. Constatamos que las condiciones clínicas que la habían propiciado habían cedido hacía dos días pero nadie se había planteado retirar la medida. El paciente se mostraba dócil pero desconfiado. Días después se seguía utilizando la medida como forma de evitar que el paciente se levantara por la noche y prevenir un riesgo inespecífico. Esta actitud prolongó innecesariamente el ingreso ya que bloqueó durante días la posibilidad de valorar la evolución y autonomía del paciente.

Costó una discusión con la neuróloga que atendía a otro paciente conseguir que le retirara una contención mecánica que se pautó por agresividad en el contexto de un síndrome confusional postcrítico. Su argumento para mantenerla mucho más allá de lo razonable era que “se lo merecía porque se había portado mal”. Ciertamente es que el paciente mostraba una conducta desafiante y cierta inadecuación así como comportamientos agresivos explosivos intermitentes que en absoluto justificaban la medida mantenida en el tiempo y que solo estaban sirviendo en ese momento para empeorar las posibilidades de que el paciente se responsabilizara de sus actuaciones.

4.1.3.- Medicación en contra de la voluntad del paciente

La Ley de Autonomía del Paciente⁴³, en sus capítulos II y IV obliga al profesional a informar al paciente, de forma que pueda comprenderlo, de cualquier tipo de actuación que se le proponga y a recabar su consentimiento. Esto incluye el tratamiento farmacológico. Más aún, en la Ley 26/2011 de adaptación normativa a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad³⁶, se habla de la necesidad de facilitar apoyos para la toma de decisiones cuando sea necesario a personas con discapacidad. Aunque existe una gradación entre no facilitar información, no recabar el consentimiento y administrar medicación de manera forzada, todas estas actuaciones, excepto situaciones de urgencia, contravendrían principios éticos y legales. Desde nuestro punto de vista informar, recabar el consentimiento, plantear alternativas terapéuticas, pasa por:

1. El establecimiento de un vínculo terapéutico seguro que es la condición indispensable para cualquier tratamiento que se ofrezca al paciente.
2. Los planes de tratamiento deben ser consensuados con el paciente y allegados.
3. Es nuestra responsabilidad adaptar las intervenciones a las características del paciente, no al revés.

El tratamiento sin consentimiento sólo está legalmente sancionado en situaciones excepcionales. En el ordenamiento jurídico de otros países, el uso de la medicación en contra de la voluntad del paciente sólo es justificable éticamente en situaciones puntuales de riesgo: si se encuentra que un paciente carece de capacidad para dar su consentimiento, se considerará la opción del tratamiento involuntario sólo si^{37, 38}:

- a) El paciente padece una enfermedad mental.
- b) Debido a esa enfermedad mental, la persona necesita tratamiento inmediato para prevenir:
 - Deterioro grave de su salud mental y/o física.
 - Daño a sí mismo o a terceros.
- c) El tratamiento es necesario para conseguir una mejoría en el estado del paciente y/o restablecer su competencia para tomar decisiones acerca del tratamiento.
- d) No existen alternativas menos restrictivas.

En nuestro ordenamiento jurídico, sin embargo, las excepciones al consentimiento son situaciones de riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley y riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización. En el caso de los ingresos involuntarios, surgen cuestiones importantes sobre los procedimientos relativos al ingreso y al uso de medicación en contra de la voluntad. En la Unión Europea, las regulaciones legales respecto a ambos procedimientos son heterogéneas. En algunos países (España, Bélgica, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Italia y Portugal) se argumenta que el propósito del ingreso involuntario es el de proporcionar tratamiento, esto es, prevenir el deterioro del estado de una persona, y que si esto no es así, el ingreso carece de propósito y es equivalente a la reclusión. En otros (Estados Unidos, Dinamarca, Austria, Alemania, Luxemburgo, Reino Unido, Suecia y Holanda), se reconocen dos procedimientos independientes. El primero sobre el ingreso involuntario y el segundo para la administración del tratamiento de manera involuntaria. Se argumenta que algunos pacientes que no son competentes para decidir sobre su ingreso pueden, no obstante, ser competentes para dar su consentimiento al tratamiento y tomar decisiones sobre sus planes de tratamiento. En estos casos, es crucial que la capacidad de una persona para dar consentimiento al tratamiento se determine antes de que se tome ninguna decisión respecto al tratamiento^{39, 40}. La OMS considera que debería existir una norma legal sobre mecanismos de revisión automática para todos los casos de ingreso y uso de medicación involuntarios o para los casos de ingreso y tratamiento voluntario que se prolonguen más de un cierto periodo. Las revisiones deberían llevarse a cabo en intervalos de tiempo razonables y ser efectuados por un órgano regulador independiente con un estatus legal o cuasi-legal para la ejecución de una buena práctica⁴¹.

Son prometedores los desarrollos que, en el campo de la salud mental, se están produciendo en cuanto al uso de instrucciones avanzadas o directivas previas. Se trata de utilizar una serie de instrucciones en las que el paciente ha declarado con anterioridad a la situación que lleva a la disminución temporal de la capacidad, su voluntad sobre algunos aspectos de la atención que le gustaría recibir en los servicios de salud mental. Estas voluntades anticipadas se han reconocido en la legislación de algunos países. En el caso de las instrucciones anticipadas en psiquiatría, se trataría de establecer preferencias relativas al servicio en el que ser hospitalizado, medicamentos, terapias, o qué persona desearía el paciente que le representase y actuase en su nombre en caso de ser cuestionada su capacidad. Para avanzar en el uso de las voluntades anticipadas en psiquiatría, habría que resolver algunos aspectos, como la evaluación previa de la competencia del paciente en el momento de expresar su voluntad, la obligación de cumplimiento que supondría para los profesionales y la posibilidad de revocar o modificar las voluntades expresadas³⁰. Desde nuestro punto de vista, ofrecen la posibilidad de una relación más igualitaria con el paciente, teniendo en cuenta su opinión respecto a cómo querría ser tratado en las circunstancias en las que disminuya su autonomía.

4.2.- Consentimiento informado

La práctica y difusión del consentimiento informado en Medicina aparece en un determinado contexto sociopolítico, en el que la lucha y la defensa de las libertades individuales y la igualdad se extiende a múltiples áreas sociales: política, trabajo, educación,... En la práctica asistencial, disminuye la dependencia del individuo del sistema sanitario: deja de ser progresivamente un sujeto pasivo sobre el que se realizan acciones terapéuticas "por su bien", para convertirse en la parte interesada y decisiva de todo acto terapéutico. El consentimiento informado cobra así el carácter de derecho fundamental que condiciona toda la terapéutica, primando la autonomía del individuo sobre el antiguo paternalismo⁴².

Según la Ley 41/2002 de 14 de Noviembre reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica⁴³:

- La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y documentación clínica;
- Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento libre y voluntario de los pacientes, consentimiento que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, verdadera y comprensible. El consentimiento será verbal por regla general; sin

embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores o con riesgos;

- El paciente tiene derecho a negarse al tratamiento excepto en casos concretos;
- El paciente tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar su historia clínica con fines docentes o de investigación;
- El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento;
- La información básica que hay que proporcionar al paciente para que éste pueda otorgar su consentimiento es: Consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad; Riesgos relacionados con circunstancias personales o profesionales del paciente; Riesgos probables conforme a la experiencia o al estado de la ciencia que puede originar la intervención; Las contraindicaciones.
- No será necesario el Consentimiento Informado: Cuando existe un riesgo para la salud pública; Cuando existe un riesgo inmediato y grave para la integridad psíquica o física del enfermo y no es posible conseguir su autorización (porque no esté en condiciones psíquicas/físicas de prestarlo). En este caso se debe consultar, si las circunstancias lo permiten, a los familiares o las personas vinculadas de hecho con él.
- Se otorgará el consentimiento por representación: Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones según criterio del médico responsable (lo haría el representante legal o en su defecto la familia o las personas vinculadas de hecho); Cuando esté incapacitado legalmente; Si menor de edad (si 12 años cumplidos, debe ser escuchada la opinión del menor); Si el menor tiene >16 años cumplidos o está emancipado, el consentimiento lo dará él. Si la actuación médica entraña grave riesgo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta en la decisión.
- El Consentimiento Informado será imprescindible en: Transplantes intervivos, Ensayos clínicos, Formas artificiales de procreación, Reconocimientos de salud laboral. *Excepciones: Si son imprescindibles para evaluar la repercusión del trabajo en la salud del trabajador; Si hay riesgo para sí o para la colectividad; Cuando sean actividades peligrosas.
- Información: Toda persona tiene derecho a conocer cualquier actuación en el ámbito de su salud y también tiene derecho a no ser informada (dejando constancia de ello en la historia); El médico puede limitar la información por razones terapéuticas (cuando el conocimiento de su proceso pueda perjudicar su salud de manera grave) (dejando también constancia en la historia) y comunicar su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho; Los ciudadanos tienen derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen riesgo para la salud pública o para su salud individual.

Sin embargo, la existencia de legislación al respecto no inmuniza contra la aplicación defectuosa, o no aplicación, del consentimiento informado. El proceso en el que el médico y el paciente intercambian información para llegar a un acuerdo sobre cuál de los tratamientos posibles se adapta mejor a las necesidades y expectativas vitales del paciente puede convertirse en un protocolo escrito donde figuran únicamente los efectos secundarios del tratamiento o prueba

diagnóstica que el paciente debe firmar antes de proceder al acto médico concreto. El medio, un soporte escrito en el que apoyarse, se convierte en un fin y no sólo ha perdido la utilidad que tiene para favorecer la implicación del individuo en su tratamiento, sino que puede ser vivida por el paciente como un acto defensivo del médico ante posibles denuncias si las cosas van mal. No es necesario que haya una coerción activa para que se establezcan relaciones de poder que invalidarían el consentimiento (aceptar una medicación “a cambio” del alta o para evitar un inyectable).

En relación a la colaboración de la persona afectada de una enfermedad mental en la toma de decisiones relativas a su tratamiento, Palomer et al⁴⁴ señalan que las actitudes negativas y estereotipos sobre las personas con enfermedad mental dificultan que estas sean escuchadas o creídas con suficiente respeto y seriedad. A menudo los pacientes no tienen familia o amigos que les den soporte a la hora de tomar decisiones respecto a los servicios de salud que les atienden. A veces no tienen la confianza o el conocimiento necesario para ser asertivos y expresar sus deseos, necesidades o su estado emocional les dificulta esta tarea. Esta situación finaliza a veces en una incompreensión mutua entre usuario y equipo asistencial, que a menudo se resuelve presentando al usuario como una persona irresponsable o, en el mejor de los casos, poco colaboradora con el plan de tratamiento. Así, en las unidades de hospitalización de salud mental, el consentimiento informado para la prescripción de medicación es más bien la excepción. Podríamos afirmar que, con frecuencia, la toma en consideración del individuo para decidir durante el ingreso psiquiátrico se convierte en una excepción, no sólo en lo relativo a la medicación: se limita su movilidad –las unidades de hospitalización breve suelen ser cerradas-, el acceso a sus pertenencias, el contacto con sus familiares, se le somete a la “rutina hospitalaria” con horarios y actividades más pensadas en el funcionamiento institucional que en las necesidades individuales y se les dispensa un trato poco acorde al que precisan personas que atraviesan por periodos de crisis. Cabe destacar intentos de modificación de estos hábitos (unidades que trabajan con el medio terapéutico como herramienta, unidades con presencia continua de familiares, negociación en los tratamientos

farmacológicos, ex pacientes como mediadores entre el equipo terapéutico y el paciente). En este contexto, el concepto de “advocacy” fue desarrollado para promover los derechos humanos de las personas afectadas de trastornos mentales con el objetivo de reducir el estigma y la discriminación. Consiste en una serie de acciones encaminadas a romper las barreras actitudinales y estructurales que dificultan la implicación de los usuarios en todo lo que tiene que ver con la atención recibida. Las tareas de “advocacy” están consideradas por la Organización Mundial de la Salud como una de las once áreas de acción en las políticas de salud mental dado que sus beneficios potenciales son muchos. Tienen cabida diferentes actores: los propios usuarios, los familiares, los profesionales y la clase política. Entrarían en esta definición todas las acciones globales encaminadas a mejorar los servicios sanitarios, la asistencia individualizada a alguien que no conoce como funciona el sistema sanitario, la ayuda para expresarse a alguien con dificultades delante de los profesionales de la salud, las acciones dedicadas a influenciar las leyes y políticas, el conseguir que se dediquen mas fondos y atención para atender la salud mental, etc. En nuestro medio y con el objetivo de mejorar el empoderamiento de las personas afectadas de enfermedad mental y la colaboración de los profesionales sanitarios destacamos la experiencia del proyecto EMILIA (Empowerment of Mental Illness Service Users: Lifelong Learning, Integration and Action) en el que, con la formación como base, se abrieron diferentes vías para aumentar la participación de los usuarios. Una de ellas fue la participación de los usuarios como formadores de profesionales a través de cursos de formación continua. El contenido de éstos versaba sobre la figura del usuario experto por la experiencia y sobre la filosofía de la recuperación y el concepto de empoderamiento^f. Es posible que usuarios empoderados y profesionales comprometidos con la recuperación consigan establecer

^f Para conocer los objetivos y el desarrollo del proyecto puede verse: Palomer E, Izquierdo R, Masferrer C, Flores P. Advocacy: fomento y apoyo de la salud mental. Concepto, modalidades y agentes implicados. El proyecto Emilia como ejemplo. Átopos 2011 (11): 5-17.

relaciones menos asimétricas, que mejoren la colaboración, el consentimiento informado, entre todos los implicados.

Con todo, se seguirán dando conflictos respecto al consentimiento informado para los que no hay una respuesta sino un argumento que intenta dar cuenta de por qué se hicieron las cosas así:

Mujer de 19 años, sin antecedentes psiquiátricos previos, que ingresa por cuadro maniaco con síntomas psicóticos. En la analítica rutinaria se obtiene test de embarazo positivo. La paciente desconocía tiempo de gestación pero sí manifestaba de forma explícita su deseo de tener el bebé. En ecografía vaginal: Gestación de 5 semanas. Se mantiene entrevista con la familia y la paciente y se explican riesgos/beneficios tanto para la madre como para el feto. La familia desea que se interrumpa el embarazo. Entre los distintos tratamiento farmacológicos/TEC, la familia rechaza explícitamente la opción TEC. Se decidió retirar todo el tratamiento instaurado hasta el momento e introducir psicotrópicos más seguros, de rescate (haloperidol). Dado que durante los primeros días la paciente precisó en numerosas ocasiones dicha medicación se decidió pautarla. Dada la escasa mejoría clínica con dosis elevadas de haloperidol, consideramos preciso valorar introducir otras medicaciones (tipo estabilizadores) con más probabilidad de teratogénesis. ¿Qué tratamiento farmacológico debería haberse instaurado: el más beneficioso para la madre, el menos dañino para el feto? ¿Tendríamos que haberse iniciado tratamiento con TEC a pesar de la oposición de los padres? Se llevó el caso al Comité de Ética y se solicitó asesoría jurídica. El Comité concluye que sólo se puede practicar una IVE por petición expresa de la paciente o por decisión judicial, por lo cual tendría que esperarse a la estabilización de su estado mental; asimismo, debía proporcionarse los tratamientos con menor potencial teratogéno a la dosis mínima eficaz. El Juez resuelve: “Que se siga el tratamiento que se estime más adecuado conforme a “lex artis”, atendiendo a la situación de la paciente, adaptando las medidas que consideren oportunas, compatibilizando el estado de gestación de la paciente con la situación psiquiátrica en la que se encuentra”.

En la Interconsulta no son infrecuentes las demandas de colaboración para contribuir a la valoración de pacientes que presentan incapacidad por un trastorno físico o mental para tomar decisiones y se niegan a prestar su CI para intervenciones o pruebas médicas que se consideran imprescindibles para evitar un riesgo vital o para salvaguardar su integridad.

Varón con dependencia alcohólica y consumo activo que acude a la urgencia de un hospital general por dolor abdominal. Se le diagnostica una pancreatitis aguda y se le informa de la necesidad de permanecer en el hospital e iniciar medidas urgentes de soporte vital. Tras varias horas de estancia en la urgencia, cuando el dolor más agudo cede, el paciente insiste en irse de alta y regresar al día siguiente para iniciar el tratamiento. El equipo médico de la urgencia requiere la valoración de psiquiatría para valorar su estado mental en base a los antecedentes de alcoholismo del paciente. No se objetivan síntomas de intoxicación o de abstinencia pero sí intenso craving de alcohol y

tabaco. La forma en que había sido informado (con numerosos tecnicismos y sin haber dispuesto de un espacio adecuado para ayudar al paciente a gestionar sus miedos y resolver sus dudas) había impedido crear una relación médico –paciente basada en la confianza. Tras una entrevista, en la que participó la pareja del paciente, se pudo empatizar con los temores del paciente a la propia enfermedad, y a la abstinencia y se puso de manifiesto que no había podido aceptar la gravedad y el riesgo vital inmediato en su dimensión afectiva y que había interpretado la insistencia de los médicos como una imposición y el uso indebido de poder sobre él. Más adelante se pudo pactar un tiempo de reflexión fuera de la sala de urgencia tras el que regresó y se inició el tratamiento sin complicaciones.

Son situaciones en las que el paciente conserva su autonomía global pero puede encontrarse en un estado mental mediado por la ansiedad, el desbordamiento, una cierta disociación como respuesta al estrés que puede haber sido generado por el propio impacto del diagnóstico actual, por acontecimientos vitales previos o por una conjunción de ambos. En estos casos no siempre está justificado actuar en contra de la voluntad pero sí es imprescindible una intervención destinada a modificar los aspectos psicológicos y sociales que está interfiriendo y tratar de persuadir al paciente de que acceda a la intervención.

Mujer de 42 años, madre de dos hijos de 8 y 10 años con los que vive sola tras el fallecimiento de su esposo un año antes como consecuencia de un cáncer de rápida evolución en la misma sala de urgencia en la que se encuentra ella. Avisan a psiquiatría porque la paciente se niega a ser trasladada a otro hospital para realizarle una prueba que confirme la existencia de un aneurisma de aorta en toda su longitud (con altísimo riesgo de muerte súbita) y realizar el tratamiento quirúrgico que se consideraba urgente. Cuando llegamos a entrevistarnos con ella daba muestras de una intensa tristeza y ansiedad y una preocupación realista por las necesidades de atención inmediata de los hijos (tenía un escaso soporte social) pero, fundamentalmente por su estado emocional y su futuro “ya perdieron a su padre y ahora esto... tengo que estar con ellos”. Después de realizar una breve intervención orientada a compartir sus emociones y temores que resultó muy contenedora, se le facilitó que se comunicara directamente con ellos y se ayudó a la paciente a gestionar un soporte para los hijos y accedió al traslado.

La decisión de actuar en contra de la voluntad del paciente en estos casos se debe tomar tras haber evaluado la capacidad del paciente en lo que respecta a: la capacidad de apreciar la situación y sus consecuencias; la capacidad de procesar racionalmente la información, la habilidad para comunicar decisiones. Si no se cumplen los criterios de competencia prima el principio de beneficencia.

Mujer de 28 años ingresa en el servicio de endocrinología por una crisis hiperglucémica. Está diagnosticada de DMID desde la adolescencia y mostraba una conducta de

enfermedad de negación de riesgos, con escasa participación en sus cuidados y con frecuentes descompensaciones con hiper e hipoglucémicas. A la exploración por los profesionales de interconsulta se objetiva clínica depresiva crónica con reagudización en los meses previos con una pauta de comportamientos autodestructivos donde se enmarcaba el abandono en los cuidados que presentaba también en otras esferas de la vida, así como una negación patológica de riesgos resistente a la negociación. No aceptaba un seguimiento ambulatorio por lo que se decidió un traslado forzoso a la unidad de internamiento psiquiátrico para abordar la crisis y lograr un compromiso en sus cuidados médicos.

4.3.- Confidencialidad

El mantenimiento de la privacidad en la realidad operativa compleja de los servicios públicos de salud mental no es fácil. Surgen muchas dudas en la aplicación de las normas de privacidad, en parte debido a las peculiaridades clínicas y tratamiento del ámbito psiquiátrico y en parte a los límites organizativos y estructurales⁴⁵.

En el momento actual, el marco legislativo de referencia sobre el secreto profesional está concernido por las siguientes normativas¹⁶:

- Constitución (art. 18-20-24)
- Código Penal: Descubrimiento y revelación de secretos (art. 197 al 201), Infidelidad en la custodia de documentos (art. 413 al 418).
- Ley 41/2002 Reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (art. 7)
- Ley General de Sanidad de 1986
- Ley 30/79 de Extracción de Órganos y Transplantes
- Ley 5/92 de Protección de Datos Informáticos
- Código Deontológico (apartado 6, art. 43 a 53)

El secreto profesional obliga no sólo al médico sino a todos cuantos intervengan de una forma u otra en el acto médico. Así están obligados por el secreto profesional el personal de enfermería, los auxiliares de clínica, celadores y administrativos. También afecta al personal, médico o no, encargado de los archivos, mantenimiento de instalaciones... Las implicaciones y los grados de responsabilidad varían en función de la cualificación profesional, existiendo tres tipos diferentes de secreto profesional¹⁶:

- Directo (afecta sólo al médico)
- Compartido (abarca a todo el personal de enfermería y en general a aquellos que participan directamente de la labor asistencial)
- Derivado (resto del personal que no participa en la asistencia pero sí a puede entrar en contacto con información sensible).

Excepciones al secreto profesional sanitario:

- Cuando se tiene conocimiento de la existencia de un delito (art. 259 y 262 de la Ley Enjuiciamiento Criminal).
- Enfermedades de Declaración Obligatoria⁶ y exista riesgo grave para terceras personas o para la salud pública-Estado de necesidad
- Cuando se declara como imputado, testigo o perito.
- Otras: al expedir certificados médicos solicitados por el paciente, al declarar en la comisión deontológica del colegio de médicos, en los informes a otro compañero (secreto compartido).

Tienen derecho de acceso a la Historia Clínica:

1. El paciente (con excepción de los datos de terceras personas y de las anotaciones subjetivas del médico) o familiares si el paciente fallece (y no lo haya prohibido explícitamente).
2. Los profesionales del centro que asisten al enfermo.
3. La autoridad judicial, no la policía judicial.
4. El personal de gestión y administración (sólo aquellos datos relacionados con sus funciones).
5. Los inspectores médicos.

En ocasiones, los familiares de los pacientes solicitan información clínica. Desde nuestro punto de vista, y al igual que con el resto de personas atendidas por el sistema sanitario, esto sólo es posible con el acuerdo del paciente.

La historia clínica electrónica, igual que ha facilitado el acceso a información necesaria para la toma de decisiones clínicas, no protege adecuadamente la información personal y sensible que puede aparecer en la historia psiquiátrica del paciente. Veremos más adelante que el diagnóstico psiquiátrico puede reducir las oportunidades del paciente de recibir atención

⁶ Excepciones al Secreto Profesional sanitario: fiebres tifoideas y paratifoideas, disentería, toxoinfecciones alimentarias, otros procesos diarreicos, Ira (infección respiratoria aguda), gripe, neumonía, tuberculosis respiratoria, sarampión, rubeola, varicela, escarlatina, carbunco, brucelosis, hidatosis, fiebre exantemática mediterránea, sífilis, infección gonocócica, infección meningocócica, hepatitis, fiebre reumática, perotiditis, tosferina, difteria, fiebre recurrente garrapatas, fiebre recurrente: piojos, lepra, leishmaniasis, leptospirosis, ofalmia neonatorum, paludismo, poliomielitis, rabia, sepsis puerperal, tétanos, tracoma, triquinosis y tifus exantemático.

sanitaria adecuada. Es posible que sea necesario saber que padece o ha padecido un trastorno mental alguna vez en su vida para decidir, por ejemplo, el tipo de tratamiento que se le ofrece cuando presenta un cáncer y acompañar mejor en el proceso. Pero también es muy posible que esa información no sea relevante para esa decisión clínica y que el conocimiento del diagnóstico psiquiátrico sólo sirva para limitar las opciones de tratamiento.

Por otra parte, la historia clínica psiquiátrica contiene información personal que el paciente puede no querer compartir con otros profesionales sanitarios, como la existencia de abusos. Consideramos que la historia clínica electrónica debería proveer de niveles de acceso diferenciados que permitan compartir la información necesaria para la toma de decisiones clínicas y que permaneciera reservada la información que sólo concierne al paciente en el ámbito del trabajo psicoterapéutico.

En ocasiones, el personal del hospital es atendido por el servicio de psiquiatría de ese mismo hospital. En ese contexto, es muy compleja la salvaguarda de la historia clínica para garantizar la confidencialidad del paciente.

En un gran hospital, cuando se comenzó a sensibilizar al personal sobre la presencia de violencia de género, se empezó a detectar casos entre el personal de la casa que se reflejaban en la historia clínica. Meses después se vieron en la necesidad de registrar esos datos en historias clínicas paralelas con los datos de identificación modificados para evitar que compañeros o el propio agresor cuando lo era, consultaran los detalles a los que podían acceder con sus claves.

Una profesional de un centro sanitario se entera de que su padre ha abusado de la hermana, tratada en el mismo centro, al leer las notas de su psiquiatra en la historia clínica.

4.4.- El estigma en el hospital general

Hemos querido concluir esta reflexión sobre la perspectiva de derechos humanos y los aspectos éticos del cuidado al enfermo mental en el hospital general con algunas consideraciones sobre el estigma que, desde nuestro punto de vista, condiciona todas las vulneraciones de los derechos humanos de las personas afectadas de enfermedad mental y supone una restricción muy importante en su acceso a la salud. Los estereotipos, la discriminación y el estigma asociado a los trastornos mentales son los principales obstáculos

para el tratamiento: limitan la accesibilidad a los servicios y reducen la posibilidad de recibir los tratamientos necesarios para la patología que presentan los pacientes⁴⁶. Las personas con trastornos mentales severos tienen más alto riesgo de mortalidad que la población general. Esta diferencia no se explica por causas tales como suicidio y accidentes⁴⁷.

Existe una relación compleja entre el estigma y la profesión psiquiátrica: sus miembros pueden ser simultáneamente estigmatizadores, destinatarios de estigma y poderosos agentes de desestigmatización⁴⁸. Los pacientes que sufren de esquizofrenia y sus familias con frecuencia han experimentado rechazo social y exclusión, no sólo de la población general, sino también de profesionales de la salud mental⁴⁹. El mejor conocimiento de los profesionales de la salud mental y el apoyo de los derechos individuales no implica menos estereotipos ni mayor disposición para colaborar con los enfermos mentales⁵⁰. Según un estudio suizo, los estereotipos que tienen los profesionales de salud mental respecto a las personas con enfermedad mental no son menos negativos que los de la población general especialmente en cuanto a "disturbios sociales", "peligrosidad", "normal y saludable", "destrezas" y "simpatía". Los estereotipos sobre las personas con enfermedad mental se ven influidos por la experiencia profesional y sólo ligeramente afectada por género, edad, lugar de trabajo, horas de trabajo semanales o años de experiencia profesional. Proponen que los profesionales de salud mental deben mejorar sus actitudes hacia las personas con enfermedad mental de diferentes maneras, por ejemplo, mejorando su formación profesional, la calidad de los contactos profesionales y supervisión regular para prevenir el agotamiento profesional⁵¹.

Hay muchos factores que contribuyen a la mala salud física de las personas con enfermedad mental grave, incluidos factores relacionados con el estilo de vida y los efectos secundarios de los medicamentos. Sin embargo, cada vez hay más evidencia de que las disparidades en la prestación de asistencia sanitaria contribuyen a los malos resultados en salud física. Estas desigualdades se han atribuido a una combinación de factores, entre ellos cuestiones organizativas como la separación de los servicios de salud mental de los demás servicios

médicos, y aspectos relacionados con el acceso a atención médica y qué atención médica se presta, incluyendo el estigma generalizado asociado a la enfermedad mental⁵². No es ajeno a los profesionales de salud mental que atienden urgencias en el hospital general llamadas en las que se intenta derivar directamente al psiquiatra a pacientes que han realizado un intento autolítico sin una valoración previa por Medicina Interna, a personas con antecedentes de trastorno mental grave, sea cual sea el motivo que les ha llevado a la urgencia. Estas actitudes tienen una relación directa con la esperanza de vida de las personas que padecen trastorno mental grave.

Paciente, con diagnóstico previo de esquizofrenia residual que acude a la urgencia tras presentar desde hace dos semanas episodios de pérdida de fuerza, caídas y mayor desorganización. Derivado directamente a Psiquiatría desde el Triage. El psiquiatra solicita valoración por Medicina Interna, se realiza analítica general y es valorado por Neurología considerando que la exploración neurológica es normal y que no es necesaria prueba de imagen. Ingresó en la UHB por posible descompensación con síntomas catatónicos. En la UHB se solicita TAC craneal en la que se objetiva accidente cerebrovascular reciente que explica los síntomas. Mejora con el tratamiento habitual para ACV.

Las personas afectadas de enfermedad mental que acuden a los servicios de urgencias con un infarto agudo de miocardio tienen menos probabilidades que el resto de la población de que se les realice un procedimiento cardiovascular como cateterismo, angioplastia o bypass⁴⁶. El estigma puede actuar como una barrera, a veces prácticamente infranqueable, a la hora de recibir atención médica:

Paciente mujer que acude a la urgencia tras realizar un intento autolítico clavándose un cutter en una mama, en el contexto de descompensación psicótica. En la urgencia es atendida por M. Interna, Cirugía y Ginecología, quienes tras valorar la situación orgánica de la paciente, curan la herida y derivan al psiquiatra. La paciente ingresa en la UHB. Sigue quejándose de dolor y verbaliza que cree que la cuchilla está dentro. Se avisa a Ginecología en dos ocasiones, valoran a la paciente, pero consideran que no hay que hacer nada. Comienza a presentar disnea de mínimos esfuerzos. Se avisa a Medicina Interna. En la placa de tórax (la primera que le realizan desde que acude a la urgencia, una semana antes) se objetiva la presencia de un trozo de cutter que está rozando pericardio.

La mayor parte del exceso de mortalidad en la población afectada de enfermedad mental grave se debe a enfermedades físicas, en particular, enfermedades cardiovasculares,

enfermedades respiratorias y cáncer⁴⁷. La mortalidad es más alta en base a lo esperado por la incidencia. Mitchell et al.⁵³, en un meta-análisis sobre la calidad de la atención médica para las personas con enfermedad mental comórbida, encontraron que la mayoría de los estudios muestran desigualdades significativas en la atención médica para las personas con enfermedad mental grave, incluida la accesibilidad. McIntyre et al.⁵⁴ revisaron la comorbilidad médica en el trastorno bipolar y encontraron que los problemas de salud crónicos son muy comunes en los pacientes con trastorno bipolar, y tienden a ser infradiagnosticados y con un tratamiento subóptimo. A pesar de que el consumo de sustancias, los estilos de vida poco saludables, y los efectos secundarios de los medicamentos aumentan el riesgo de enfermedad física en personas con TMG, la asistencia sanitaria desigual también juega un papel en esta disparidad. En algunos casos, la calidad desigual de la prestación de asistencia sanitaria explica gran parte del exceso de mortalidad posterior. Como ya hemos señalado, a pesar de que el mayor número de muertes en la esquizofrenia se asocia con las enfermedades cardiovasculares, las personas con esquizofrenia tienen bajas tasas de intervenciones quirúrgicas como la colocación de stents y angioplastias. Las personas con psicosis tienen menos probabilidades de recibir una arteriografía o warfarina tras un accidente cerebrovascular. La baja calidad de la atención médica contribuye a un exceso de mortalidad en las personas mayores con trastornos mentales después de la insuficiencia cardíaca. Pacientes con diabetes con problemas de salud mental tienen menos probabilidades de recibir los niveles estándar de cuidado de la diabetes. Las personas con enfermedad mental grave tienen menos probabilidades de cribado del cáncer. Los pacientes con esquizofrenia y apendicitis tienen más probabilidad de tener más complicaciones y peores resultados de la cirugía. Los pacientes con trastornos psicóticos tienen menor probabilidad de recibir tratamientos médicos para la artritis⁴⁷.

Desde nuestro punto de vista, son necesarias medidas organizativas, de información y concienciación que garanticen la atención sanitaria a las personas afectadas de enfermedad mental. En nuestro hospital, estas situaciones de inequidad se han minimizado tras un acuerdo

con el servicio Medicina Interna por el que dos internistas evalúan, revisan la historia médica, estudian y tratan la patología orgánica previa y la detectada durante el ingreso, de todos los pacientes ingresados en la UHB.

También en la Interconsulta padecer o haber padecido una enfermedad mental, o “sospechosa” de serlo, como es el caso de la Fibromialgia (FMA) o los síntomas sin explicación médica, puede ocasionar importantes distorsiones en el proceso médico de diagnóstico, tratamiento y plan de cuidados por el estigma que conllevan. Algunos profesionales pueden, por desconocimiento o por prejuicio, desatender quejas o síntomas o interpretarlas de forma incorrecta. En estos casos se pueden tomar importantes decisiones clínicas bajo la prejuiciosa idea de que los pacientes que padecen trastornos mentales o del comportamiento o conductas de enfermedad que difieren de la norma, no ofrecen información confiable, manipulan para conseguir ventajas, simulan síntomas o “se los producen” a sí mismos, no van a beneficiarse adecuadamente de los medios puestos a su disposición, etc.-

Mujer de 35 años diagnosticada de fibromialgia y trastorno de la personalidad, acude a la urgencia por diarrea de semanas de evolución con desnutrición secundaria. Se realiza una exploración y analíticas básicas. En la anamnesis destaca el cuadro de dolor crónico tratado sin éxito con polimedicación y un prolongado tratamiento con varios tipos de antibióticos y en la exploración un pobre control emocional con alta expresividad. Es dada de alta un par de horas después con el diagnóstico de FMA y molestias intestinales propias de ese trastorno y de la ansiedad. Valorada días más tarde por otro profesional se le diagnostica de diarrea secundaria a destrucción de flora intestinal y se pauta tratamiento prolongado con pro y prebióticos con los que la diarrea desaparece.

Este tipo de actitudes pueden esconder, cuando no alarmantes prejuicios y discriminaciones, miedos e inseguridades de los profesionales ante situaciones que no saben descifrar y frente a las que su saber médico no alcanza.

Mujer en tratamiento por un TCA de tipo restrictivo desde su adolescencia. Tiene en este momento 32 años, pareja estable y planes de convertirse en madre después de muchos temores y dudas resueltas al respecto con la ayuda de sus terapeutas. Está compensada desde hace años y mantiene una conducta alimentaria suficiente para mantener su salud física en rango de normalidad y no tiene secuelas graves, si bien todavía mantiene algunas distorsiones y su alimentación es ritualizada y rígida. En este momento, cuando decide activamente quedarse embarazada, surgen temores e inseguridades nuevas y se reactualizan conflictos del pasado hasta el punto en que

aparece una nueva descompensación de su TCA, motivo por el que ingresa. El embarazo no ha surgido de forma natural por lo que había contactado con el servicio de Reproducción. Se decide iniciar la estimulación ovárica pero la paciente no es capaz de mantener las ingestas adecuadas y surgen complicaciones graves por lo que se paraliza la intervención. En este punto surge un conflicto en el equipo entre quienes se posicionan del lado de ayudar a la paciente a cumplir su deseo, conociendo sus dificultades, y aquellos que consideraban, implícita o explícitamente, que no podría ser buena madre en base a su trastorno y que no se debería forzar en este caso embarazo si no surgía espontáneamente. Tanto la paciente como algunos de los profesionales partidarios de apoyar la voluntad de la paciente, opinaban que las condiciones de estabilidad médica que se le requerían no tenían otra función que obstaculizar un embarazo con el que no estaban de acuerdo. Mientras que el resto del equipo defendió y procuró los medios terapéuticos para que la paciente lograra los objetivos de estabilidad física que se requieren para el tratamiento de reproducción asistida. El problema mientras no se pudo resolver el dilema fue que la paciente perdió la confianza en el equipo que de esta manera no estaba contribuyendo a la autonomía de la paciente sino, muy al contrario, a que ésta vehiculizara su ambivalencia a través de los profesionales.

Hemos planteado algunas de las situaciones que se dan en el hospital general durante la estancia de las personas afectadas de enfermedad mental que, desde el punto de vista de la ética y el respeto a los derechos humanos, plantean cuestiones sin resolver. Tomar conciencia de que estos conflictos existen y que pueden atentar contra los derechos de las personas y limitar su esperanza de vida es un primer paso. Los siguientes quizá deban pasar por cambios legislativos, organizativos y técnicos que adapten la asistencia a esos principios.

BIBLIOGRAFÍA

¹ Organización de Naciones Unidas. Reivindicar los objetivos de desarrollo del Milenio : un enfoque de derechos humanos. http://www.ohchr.org/Documents/Publications/MDGs_part_2_sp.pdf

² OMS. Enfoque de salud en derechos humanos. http://www.who.int/hhr/news/hrba_to_health_spanish.pdf

³ OMS. 25 preguntas y respuestas sobre Salud y Derechos Humanos. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, N° 1. OMS, 2002. ISBN 92 4 354569 8

⁴ Fernández Liria A, Moreno Pérez A. La red de Salud Mental y las políticas contra la crisis en España. Átopos 2014. 15: 24-40.

⁵ Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006. Boletín Oficial del Estado, 21 abril 2008.

⁶ Protocolo Facultativo De La Convención Sobre Los Derechos De Las Personas Con Discapacidad. Boletín Oficial del Estado, 22 abril 2008.

-
- ⁷ Beauchamp T, Childress J F. Principios de ética biomédica. Masson, S.A. Barcelona. 1999.
- ⁸ GRACIA, D. (1992): "Planteamiento de la bioética", en M. Vidal (editor): Conceptos fundamentales de ética teológica. Trotta, Madrid, pp. 421-438.
- ⁹ Moreno-Jiménez, B., Seminotti, R., Garrosa Hernández, E., Rodríguez-Carvajal, R, Morante Benadero, M.E. El burnout médico: la ansiedad y los procesos de afrontamiento como factores intervinientes. *Ansiedad y Estrés* 2005. 11(1), 87-100. ISSN 1134-79
- ¹⁰ Jackowska E. Stigma and discrimination towards people with schizophrenia: a survey of studies and psychological mechanisms. *Psychiatr Pol.* 2009 Nov-Dec;43(6):655-70.
- ¹¹ Ortiz Lobo A. Aspectos coercitivos de la psiquiatría. En: Ortiz Lobo A. Hacia una psiquiatría crítica. Grupo 5, colección Salud Mental Colectiva. Madrid, 2013: 51-66.
- ¹² Comisión Europea. Medidas adecuadas para el tratamiento psiquiátrico coercitivo. http://cordis.europa.eu/result/rcn/85090_es.html
- ¹³ Kallert T, Glöckner M, Onchev G, Raboch J, Karastergiou A, Solomon Z, Magliano L, Dembinskas, Kiejna A, Nawka P, Torres-González F, Priebe S, Kjellin L. The EUNOMIA project on coercion in psychiatry: study design and preliminary data. *World Psychiatry.* Oct 2005; 4(3): 168–172.
- ¹⁴ Gómez Jara, M. Trastornos psiquiátricos y derecho (*Responsabilidad penal, internamientos, incapacitación, etc.*). Barcelona: Atelier, 2008.
- ¹⁵ Fuertes Rocañín, JC., Serrano Gil, A., Fuertes Iglesias, C., Godino Izquierdo, J., Gómez-España, MJ. Curso de Especialista Universitario en psiquiatría forense: cuaderno de trabajo. Curso 2007-2008. Madrid: Ed. Arán, 2007.
- ¹⁶ Fuertes Rocañín, JC., Cabrera Forneiro, J. La Salud Mental en los Tribunales. Manual de Psiquiatría Forense y Deontología Profesional. 2ªed. revisada y ampliada. Madrid: Ed. Arán, 2007.
- ¹⁷ C González, A González, A Moreno, E Pérez, JL Rodríguez. Actitudes éticas en la práctica psiquiátrica. En: F Santander (coord). Ética y Praxis Psiquiátrica. Asociación Española de Neuropsiquiatría Estudios 23. Madrid, 2000. 323-374.
- ¹⁸ Gonzalez, C.; Pérez, E.; Morales, J.; Morales, M.; Tierno, R.; Varela, S.; (2008) "Factores asociados con la resolución de las urgencias psiquiátricas", *Revista de la A.E.N.*, 101, pp.27-41.
- ¹⁹ M Desviat, A Moreno. Aspectos éticos de la competencia del paciente con trastorno mental grave. *Formación Médica Continuada* 2006;13 (5):263-7.
- ²⁰ Ley de Enjuiciamiento Civil. BOE 29 de diciembre de 1999. Artículos 756 a 763.
- ²¹ Funk M, Drew N, and Saraceno B. Human Rights and Legislation Who Resource Book on Mental Health. Geneva: WHO, 2005.
- ²² Winick BJ. The side effects of incompetency labeling and the implications for mental health law. *Psychol Public Policy Law*, 1995. 1(1): 6-42.
- ²³ Appelbaum PS, Grisso T. The MacAthur treatment competence study. 1. Mental illness and competence to consent to treatment. *Law and Human Behavior* 19: 105-126, 1995

²⁴ Nys H, Welie S, Garanis-Papadatos T, Ploumpidis D. Patient capacity in mental health care: legal overview. *Health Care Anal*, 2004. 12 (4): 329-337.

²⁵ Srebnick D, Brodoff L. Implementing psychiatric advance directives: service provider issues and answers. *J Behav Health Serv Res*, 2003. 30 (3): 253-268.

²⁶ Sánchez Caro, J, Sánchez Caro, J. *El consentimiento informado en Psiquiatría*. Madrid, Díaz de Santos, 2003.

²⁷ Roth, Meisel, Lidz. Tests of competency to consent to treatment. *Am J Psychiatry*, 1977, 134: 279-284.

²⁸ White BC. *Competence to Consent*. WashingtonDC: Georgetown University Press, 1994.

²⁹ Higgs R. The contribution of narrative ethics to issues of capacity in psyychiatry. *Health Care Anal* 2004; 12(4): 307-316.

30 Grupo de trabajo Derechos Humanos y Salud Mental. *Derechos Humanos y Salud Mental en Andalucía. Protección de los Derechos Humanos de las personas con trastorno mental en el marco de la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad. Plan Integral de Salud Mental de Andalucía. Consejería de Salud y Bienestar Social*. Sevilla, 2012.

³¹ Kallert WT. Involuntary Psychiatric Hospitalization: Current Status and Future Prospects. *Srp Arh Celok Lek*. 2011;139(Suppl 1):14-20.

³² Mayoral F, Torres-González F, Hernandez C, Barrios LF. [Coercive measures in Spanish psychiatric units \(EUNOMIA-study\)](#). *BMC Psychiatry*. 2007; 7(Suppl 1): S45.

³³ Gumley, Schwannauer. *Volver a la normalidad después de un trastorno psicótico*. Desclée de Brower. Bilbao, 2008.

³⁴ Guzman-Parra J, Garcia-Sanchez JA, Pino-Benitez I, Alba-Vallejo M, Mayoral-Cleries F. Effects of a Regulatory Protocol for Mechanical Restraint and Coercion in a Spanish Psychiatric Ward. *Perspect Psychiatr Care*. 2014 Oct 27. doi: 10.1111/ppc.12090.

³⁵ Godfrey JL, McGill AC, Jones NT, Oxley SL, Carr RM. Anatomy of a transformation: a systematic effort to reduce mechanical restraints at a state psychiatric hospital. *Psychiatr Serv*. 2014 Oct 1;65(10):1277-80.

³⁶ Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. *Boletín Oficial del Estado*. Martes 2 de agosto de 2011, Núm. 184 Núm. 184, Sec. I. Pág. 87478.

³⁷ *The New Mental Health Act. A Guide to compulsory treatment orders*. Scottish Executive, November 2005. ISBN: 0-7559-4829-7.

³⁸ *Compulsory Treatment. Mental Health Act 2014 Handbook*. Department of Health, State Government of Victoria Australia.

39 Hans Joachim Salize, Harald Dreßing, Monika Peitz. *Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mentally Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States*. Research Project - Grant Agreement No. SI2.254882 (2000CVF3-407). Final Report . Mannheim, Germany, May 15, 2002.

⁴⁰ Lawrence O. Gostin. Lance Gable. The Human Rights of Persons With Mental Disabilities: A Global Perspective on the Application of Human Rights Principles to Mental Health. Wayne State University Law School Legal Studies Research Paper Series No. 08-31. May 14, 2009.

⁴¹ Organización Mundial de la Salud. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos. 2005. EDIMSA ISBN: Conjunto de Guías 84-95076-79-9. ISBN: Módulo I 84-95076-80-2.

⁴² A Moreno. ¿Consentimiento informado? Interpsiquis, 2001 (2). En: <http://www.psiquiatria.com/psiquiatria/revista/20/2671/?++interactivo>

⁴³ Ley 41/2002 de 14 de Noviembre reguladora de la Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. BOE núm. 274, de 15/11/2002.

⁴⁴ Palomer E, Izquierdo R, Masferrer C, Flores P. Advocacy: fomento y apoyo de la salud mental. Concepto, modalidades y agentes implicados. El proyecto Emilia como ejemplo. *Átopos* 2011 (11): 5-17.

⁴⁵ Catanesi R1, Carabellese F. [Mental Health Centers, in regard to professional confidentiality and privacy]. *Riv Psichiatr.* 2012 Sep-Oct;47(5):388-99.

⁴⁶ Druss BJ, Bradford DW, Rosenheck RA, Radford MJ, Krumholz HM. Mental disorders and use of cardiovascular procedures after myocardial infarction. *JAMA.* 2000;283:506–511.

⁴⁷ David Lawrence, Stephen Kisely. Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *J Psychopharmacol.* Nov 2010; 24(4_supplement): 61–68.

⁴⁸ BEATE SCHULZE. Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship*. *International Review of Psychiatry*, April 2007; 19(2): 137–155

⁴⁹ [Jackowska E](#). Stigma and discrimination towards people with schizophrenia--a survey of studies and psychological mechanisms. *Psychiatr Pol.* 2009 Nov-Dec;43(6):655-70.

⁵⁰ C Nordt, W Rössler, C Lauber. Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression. *Schizophr Bull.* 2006 October; 32(4): 709–714.

⁵¹ [Lauber C](#), [Nordt C](#), [Braunschweig C](#), [Rössler W](#). Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2006;(429):51-9.

⁵² Lawrence, D1 and Kisely S. Inequalities in healthcare provision for people with severe mental illness. *J Psychopharmacol.* Nov 2010; 24(4_supplement): 61–68.

⁵³ Mitchell AJ, Malone D, Doebbeling CC. (2009) Quality of medical care for people with and without comorbid mental illness and substance misuse: systematic review of comparative studies. *Br J Psychiat* 194: 491–499

⁵⁴ McIntyre RS, Soczynska JK, Beyer JL, Woldeyohannes HO, Law CWY, Miranda A, et al. (2007) Medical comorbidity in bipolar disorder: reprioritizing unmet needs. *Curr Opin Psychiat* 20: 406–416.