



Fundació CCSM

*Documents de la Fundació
Congrés Català de Salut Mental*

COMITÈ D'ÈTICA ASSISTENCIAL

**DRETS HUMANS I HOSPITALITZACIÓ PSIQUIÀTRICA
JORNADA PER UNA ÈTICA DE LA CAPACITAT**

Barcelona, setembre de 2015

Núm.
6

Documents de la Fundació
Congrés Català de Salut Mental

Comitè d'ètica assistencial

Drets humans i hospitalització psiquiàtrica
Jornada per una ètica de la capacitat

Barcelona, setembre de 2015

Núm. 6

Document elaborat
pel Comitè d'Ètica Assistencial de la FCCSM

Alícia Roig
Sílvia Ventura
José Leal
Jordi Marfà
Montserrat Carbonell
Belén Díaz
Sabel Gabaldón
M. Jesús Rufat
Mercè Teixidó
Àngel Martínez
Joan Badia

Edita: Fundació Congrés Català de Salut Mental

Coordinació editorial: Departament de publicacions de FCCSM

Revisió i correcció: Anna Martí

Maquetació i impressió: Pensódromo, S.L.

Fundació Congrés Català de Salut Mental

C/Aragó, 141-143 4art

08015 Barcelona

Tel.: 93 238 62 47

A/E: info@fccsm.net

Web: www.fccsm.net

1a. PART

Drets humans i hospitalització psiquiàtrica

(Novembre 2014)

2a. PART

Jornada per una ètica de la capacitat

(Desembre 2011)

Índex

1a. PART

<i>Drets humans i hospitalització psiquiàtrica</i>	11
1. Introducció	12
2. Antecedents	16
3. L'ingrés psiquiàtric en el model de tractament comunitari	20
3.1. Qüestions que influeixen en la seva viabilitat	24
3.1.1. Vivències dels pacients, de la família, dels professionals	24
3.2. Reflexions entorn a l'ingrés en una unitat d'aguts	25
3.2.1. Adults	25
3.2.1.1. Acollida i acompanyament en l'ingrés	29
3.2.2. Nens, adolescents i joves	31

<i>4. Conseqüències jurídic-legals de l'ingrés psiquiàtric</i>	36
<i>5. Conclusions i recomanacions</i>	42
5.1. Informació i formació als professionals	42
5.2. Aspectes que faciliten l'ingrés i la continuïtat assistencial tant en adults com en nens i adolescents	42
5.3. Aspectes específics a tenir en compte en l'hospitalització de nens i adolescents	45
5.4. Condicions de l'hospitalització i mesures de protecció en el moment de l'alta	46
5.5. Intervenció i paper del jutge en l'hospitalització psiquiàtrica	47
<i>6. Bibliografia</i>	48

2a. PART

<i>Jornada per una ètica de la capacitat</i>	51
<i>1. Per una ètica de la capacitat</i>	52

1.1. Incidència de la convenció de les Nacions Unides “sobre els drets de les persones amb discapacitat” (Nova York, 2006) dins la nostra legislació _____	52
1.2. Incidència de la convenció de les Nacions Unides “sobre els drets de les persones amb discapacitat” (Nova York, 2006) i les seves repercussions en l'àmbit de l'atenció a les persones amb problemes de salut mental_____	60
2. <i>La vida diagnosticada</i> _____	72
2.1. Les paraules no són coses. Els DSMs i la dissolució del subjecte _____	72
És possible una classificació atèdrica? _____	74
Signes o símptomes? _____	75
Una psiquiatria asocial i extramoral? _____	76
Ser o tenir? _____	78
2.2. Mals usos, perversions i utilitzacions comercials del DSM _____	81
Mal ús administratiu _____	83
Mal ús clínic _____	84
Mal ús comercial _____	85
El futur _____	90

1a. PART

Drets humans i hospitalització psiquiàtrica

1)

Aquest document és el resultat d'un treball d'anàlisi i reflexió desenvolupat en el marc del Comitè d'Ètica Assistencial de la Fundació Congrés Català de Salut Mental (CEA FCCSM) al llarg de l'any 2013. Durant l'esmentat període, els membres del CEA vam valorar la situació de l'hospitalització psiquiàtrica a Catalunya i els seus efectes en la vida de pacients i familiars a través de la reflexió, els testimonis d'actors clau, la comparació amb altres contextos nacionals i el debat. L'objectiu va ser recollir i difondre, en la forma d'un text breu, algunes propostes i recomanacions sobre els drets del pacient, incloent el respecte a aquest i als seus familiars, l'escolta atenta per part dels professionals, la transmissió de la informació clara i veraç a usuaris i familiars, el foment de l'autonomia i el bon ús del consentiment informat, entre altres principis que han de guiar l'atenció en salut mental en general i els ingressos hospitalaris en particular.

L'hospitalització psiquiàtrica és una temàtica que genera inquietud en els usuaris i familiars i que demana una major implicació i respecte als drets i garanties de la persona. Com ha indicat la Comissió d'Experts que va fer la "Revisió de la Convenció de les Nacions Unides" a l'Estat Espanyol, la vulneració de drets segueix estant present en les pràctiques d'hospitalització. Aquesta situació és extremadament preocupant.

L'hospitalització sol ser un moment de gran vulnerabilitat per al pacient, ja que en ell conflueix tant un problema previ de salut mental com un estat d'inquietud, ansietat i temor davant l'ingrés. Això és així en els casos d'hospitalització voluntària, però especialment en els d'ingrés involuntari. És per això que l'acollida del pacient ha de ser especialment sensible a aquestes circumstàncies. L'hospitalització és el moment central en què el personal assistencial ha de desplegar tota la seva capacitat per actuar amb el màxim respecte, vetllant pels drets de la persona; drets que solen ser vulnerats amb més facilitat quan conflueixen circumstàncies d' "involuntarietat" per part del pacient.

Els valors ètics en la pràctica clínica han de ser una prioritat per als professionals, incloent el respecte als drets de la persona. La "Convenció de Nacions Unides sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat" (New York 2006), l'article 212 i següents del Codi Civil de Catalunya, que regula els ingressos, i l'article 763 de la Llei d'enjudiciament civil, així com la "Llei d'Autonomia del Pacient" de l'any 2000, i la "Ley de Autonomía del Paciente" del 2002 són textos legals, entre d'altres, que han de ser objecte de reflexió i formació de tots els professionals en salut mental. Tanmateix, es produeix en el nostre context un sorprenent —i gairebé podríem dir inquietant— desconeixement dels textos legislatius, les normatives internacionals i els codis ètics i deontològics per part de la majoria dels professionals de la salut mental. El buit en aquestes matèries envaeix gran part dels

serveis assistencials. És per això que ens hem proposat amb aquest text motivar la reflexió sobre els temes ètics i legals.

Esperem que les nostres recomanacions i observacions puguin ser recollides i debatudes pels lectors amb l'objectiu final d'impulsar la millora en la qualitat i ètica assistencial.



2)

En la revisió efectuada a l'Estat Espanyol el setembre de 2011 per la Comissió d'Experts de la Convenció de Nacions Unides es mostra la inquietud pels drets de la persona amb discapacitat a Espanya i per l'incompliment de la Convenció, tot i haver estat ratificat per les nostres autoritats l'any 2007. La Comissió realitza les observacions següents:

- 1) **Observació Núm. 36**, on, i en al·lusió a l'Article 14 de la Convenció de Nacions Unides, es recomana a l'Estat Espanyol que revisi les "disposicions legislatives que autoritzen la privació de llibertat per motius de discapacitat, incloses les mentals, psicològiques o intel·lectuals". Es recomana que l'Estat també derogui les disposicions que autoritzen l'internament forçós i que adopti mesures perquè els serveis mèdics i tots els relacionats amb la salut mental es basin en el "Consentiment Atorgat amb coneixement de causa per l'Interessat"¹.
- 2) **Observació Núm. 31**, on es mostra inquietud per la insuficiència de protocols específics per a les persones amb discapacitat en situacions d'emergència.

1. Vegeu també la Proposta de regulació de l'article 763 per la Comissió d'Ètica i Legislació de l'Associació Espanyola de Neuropsiquiatria presentada l'any 2012.

- 3) **Observació Núm. 34**, on es recomana al nostre país que “es revisin les lleis de Guarda i Tutela i es reemplacin els règims de Substitució en l’adopció de decisions per una Assistència per a “la presa de decisions” que respecti l’autonomia, la voluntat i les preferències de la persona”.

- 4) **Observació Núm. 39**, on es mostra preocupació per “la manca de recursos i de serveis que garanteixin el dret a viure de forma independent a la Comunitat”, així com el dret d’accés als Serveis Socials per a les persones amb “un grau específic de discapacitat”.

D’acord amb l’article 14 de la Convenció de les Nacions Unides, que versa sobre la llibertat i seguretat de la persona, i amb anterioritat a ell, des del nostre Comitè d’Ètica Assistencial l’any 2005 ja vam realitzar un estudi sobre mesures restrictives i de contenció en l’hospitalització psiquiàtrica. En l’esmentat estudi observem com a exemples de possible vulneració de drets les mesures restrictives, especialment la contenció mecànica i/o l’aïllament².

Adicionalment identifiquem altres situacions que poden suposar la vulneració de drets en la pràctica assistencial, com:

2. Vegeu l’estudi sobre aquest tema que va realitzar aquest mateix CEA en l’Any 2005. En el qual revisem les Garanties i Drets, així com l’excepcionalitat de les mesures que s’haurien de dur a terme, abans de prendre una decisió de Restricció, que sens dubte vulnera el dret a la llibertat i decisió de la persona. El pacient en restricció ha d’estar així el temps més breu possible i permanentment acompanyat per personal sanitari.

- El possible abús dels ingressos involuntaris.
- La medicació excessiva obligatòria i/o sense autorització de la persona o sense àmplia informació de la mateixa.
- Les restriccions de visites i d'accessos a l'aire lliure.
- L'escassa informació al pacient sobre el tractament a què serà sotmès, o
- La "pobre" implementació del consentiment informat com a dret fonamental de l'usuari al llarg de tota la seva evolució clínica.

En el rerefons d'aquestes situacions és present, entre d'altres factors, l'estigma i els prejudicis al voltant de la recuperació de la persona amb trastorn mental, els quals envaeixen la pràctica clínica i poden generar vulneració dels Drets Fonamentals de l'usuari.

En les darreres dècades, la societat civil del nostre entorn (usuaris i familiars) han estat actius en la promoció de l'associacionisme en defensa dels seus drets. Aquestes associacions sol·liciten canvis de pràctiques assistencials que afecten també a l'hospitalització psiquiàtrica. Tant aquest moviment com la revisió de la Convenció de Nacions Unides es converteixen en estímuls per al canvi al nostre fràgil panorama assistencial.

En aquest document ens proposem subratllar que el coneixement dels textos legals, normes, codis deontològics i ètics per part dels professionals és

essencial per al bon exercici professional. També per afavorir que l'ètica assistencial, el respecte i la defensa dels drets de la persona atesa guïïn la pràctica clínica.



3)

L'ingrés psiquiàtric en el model de tractament comunitari

Pel que fa als drets humans, el dret internacional reconeix la protecció de les persones sense distinció per ètnia, sexe, idioma, extracció social, religió o altres característiques que són o poden ser motiu de discriminació. Per tant, les persones amb algun tipus de discapacitat mental tenen aquest marc global de protecció. Addicionalment, la salut mental ha estat declarada una prioritat al si de la Unió Europea mitjançant la Declaració d'Hèlsinki de gener de 2005. Aquesta Declaració posa èmfasi en el respecte dels drets humans i en la implementació de models d'atenció de base comunitària i multidisciplinària.

L'atenció a la salut mental de la població s'ha de basar, així, en un model comunitari, orientat a les necessitats de les persones i amb una atenció més preventiva i pro activa. Implica un abordatge integral que comporta la imprescindible coordinació i articulació de diferents professionals, de diferents serveis i també de diferents xarxes en un marc territorial on la continuïtat assistencial estigui garantida. I això malgrat que aquesta continuïtat, volem subratllar, està constantment amenaçada.

Està amenaçada per fragmentacions d'edat, d'àmbit d'actuació (primària, hospitalització, rehabilitació, etc.), de xarxa (salut mental/addiccions, xarxa de benestar social, etc.), de proveïdors de serveis, així com per desconfiances i rivalitats

entre professionals, entre serveis, i també entre concepcions expertes del trastorn mental i el tractament més adequat en cada cas.

La pluralitat de necessitats dels nostres pacients fa que sigui imprescindible la intervenció de diferents professionals i disciplines en el disseny de projectes i itineraris terapèutics que, sovint, han d'incorporar recursos que van més enllà de l'estrictament "assistencial".

Integralitat i continuïtat són dos eixos fonamentals en les intervencions en salut mental i constitueixen un repte constant en el desenvolupament de l'activitat professional. L'any 2010 es va presentar el "Pla Integral d'Atenció a la Salut Mental" desenvolupat per la Generalitat de Catalunya, amb representació de nou dels seus departaments (Presidència, Salut, Acció Social i Ciutadania, Treball, Medi Ambient i Habitatge, Governació i Participació), així com entitats proveïdores, associacions de professionals, usuaris i familiars. El Pla es va constituir com un instrument facilitador del desenvolupament de les línies d'actuació en l'àmbit de la salut mental, les quals requereixen l'articulació de recursos a nivell intersectorial i interdepartamental. Malgrat les expectatives que va despertar, el Pla està lluny de ser implementat.

El psiquisme s'estructura a partir de la interrelació de la persona amb l'entorn. Com més afectada està la persona més alterats són els seus vincles,

necessitant de més suport per reorganitzar el seu funcionament mental. La intervenció professional va dirigida a ajudar la persona a entendre el què li està passant, i a aportar estratègies terapèutiques específiques que afavoreixin la seva recuperació. Tot això en un nou marc relacional: el de la relació assistencial, la qual ha de facilitar a la persona noves maneres de funcionar, així com generar l'expectativa i l'esperança que és possible un canvi de la situació de malestar i patiment. Es tracta de potenciar els aspectes de salut que sempre, en major o menor mesura, són presents en les persones, i fomentar que puguin realitzar una vida activa, amb relacions satisfactòries, fent front a les dificultats i els canvis que la vida comporta. Ara bé, poder assumir les pròpies dificultats, el propi trastorn o malaltia és un procés que requereix d'un treball terapèutic continuat en el qual s'impliqui al pacient en la presa de decisions que li competeixen. Per a això cal comptar amb una àmplia oferta assistencial, la qual ha d'incloure tractaments psicoterapèutics, programes de gestió de casos (PSI), tractaments rehabilitadors, tractaments farmacològics; en definitiva, tractaments combinats, tal com es recomana a la majoria de guies de pràctica clínica.

Encara que es promou que l'atenció a la salut mental de la persona es realitzi en el seu entorn més proper per preservar al màxim el seu funcionament i els seus vincles, hi ha situacions en les que el trastorn mental impacta en molts àmbits de la vida, alterant la capacitat d'afrontament per part del pacient i danyant la seva relació amb si mateix i amb l'entorn. De vegades,

l'atenció al domicili per part dels professionals del Centre de Salut Mental (CSM) pot afavorir la remissió de la crisi i la continuïtat en el tractament ambulatori. No obstant això, en situacions de major alteració, el professional pot valorar que la persona necessita d'un internament psiquiàtric amb l'objectiu d'oferir un entorn contenidor de menor exigència, en el qual pugui reorganitzar el seu funcionament mental i reconstruir els vincles danyats.

L'ingrés es produeix, per tant, en un moment d'alta fragilitat i vulnerabilitat de la persona, ja que els recursos personals utilitzats fins al moment i el suport del seu entorn sociofamiliar s'han mostrat insuficients.

Els desencadenants que generen una desestabilització psiquiàtrica són molt variats: la reagudització psicopatològica per conflictes intrapsíquics o relacionals, la interrupció del tractament, els estressos socials (com l'absència o pèrdua de la feina, preocupacions econòmiques, etc.); i tots ells poden contribuir a generar una situació de sobre-exigència que sobrepassi els recursos d'adaptació del pacient i del seu entorn. Els aspectes socials inherents tant al desenvolupament com a les conseqüències del trastorn mental s'han de prendre en consideració i abordar íntegrament en el pla de tractament, tant a nivell ambulatori com especialment a les unitats d'hospitalització, a fi de proporcionar un entorn vital que afavoreixi la salut.

3.1. Qüestions que influeixen en la seva viabilitat

Les vivències entorn a l'ingrés són molt diverses, ja que depenen de la percepció que el pacient i la família tenen del què està passant, de la durada i qualitat del vincle amb l'equip assistencial que indica l'ingrés, de les característiques clíniques que el motiven, de les experiències anteriors (pròpies o conegudes per tercers) en relació a l'internament, de les expectatives entorn del mateix i del coneixement del servei on es produirà l'ingrés. Cal considerar tots aquests aspectes, tant en el procés d'indicació de l'ingrés per part de l'equip que deriva, com a la recepció del pacient i de la família per part de l'equip de la unitat d'hospitalització.

3.1.1. Vivències dels pacients, de la família, dels professionals

Diversos són els protagonistes d'aquesta situació d'ingrés (els usuaris, les famílies, els professionals, els serveis...) i aquests difereixen en les seves vivències i les seves necessitats davant del mateix fet.

En aquest escenari, les necessitats del pacient poden no coincidir amb les de la família. En cas que el pacient accepti la presència d'algun membre de la família en la situació d'ingrés, caldrà que no es converteixi en una forma de "substituir" el pacient com a interlocutor ni a delegar en la família responsabilitats dels professionals. La informació veraç en relació a l'objectiu

de l'ingrés, al seu procediment i als beneficis esperables, ajuden al pacient i a la família a viure aquest moment amb menys ansietat anticipatòria. Així mateix, el contacte i coordinació directa entre els professionals dels serveis quan s'indica un ingrés resulta imprescindible per transmetre el treball realitzat fins al moment amb el pacient a nivell ambulatori, els projectes reeixits i aquells que van fracassar, el suport que pot proporcionar l'entorn del pacient... així com per perfilar la continuïtat assistencial després de l'alta, que pot requerir de la intervenció d'altres recursos d'atenció.

La qualitat de la relació entre els professionals i entre els serveis, el respecte mutu, el suport organitzatiu per part de les institucions i el reconeixement de cada servei com a part d'un element de continuïtat en l'itinerari del pacient a la xarxa assistencial, contribueixen a consolidar les experiències de treball en xarxa i el seu bon funcionament.

3.2. Reflexions entorn a l'ingrés en una unitat d'aguts

3.2.1. Adults

Un ingrés psiquiàtric, ja sigui voluntari o involuntari, és la conseqüència de la insuficiència del tractament ambulatori i/o comunitari. En la majoria dels casos els ingressos són per risc autolític o heterolític, o per crisis d'agitació, generalment de tipus psicòtic. De totes maneres, la major o menor

complexitat de l'ingrés ve determinada en gran mesura per la voluntarietat. El més complex sol ser el primer ingrés involuntari, seguit del primer ingrés voluntari. A continuació es situa el reingrés involuntari i finalment el reingrés voluntari.

Sempre és important conèixer bé els termes de la derivació i deduir d'aquests el tipus de vinculació amb la institució que té el professional o equip que deriva, atès que aquesta vinculació (positiva, negativa, neutra, etc.) s'haurà transmès al pacient derivat. D'aquí la importància d'una bona preparació per a l'ingrés per part dels dispositius externs.

Es tracta d'oferir una contenció adequada al tipus de simptomatologia predominant. Per això és imprescindible realitzar una bona acollida, especialment si estem davant d'un primer ingrés en el qual els protagonistes no es coneixen en absolut. Els professionals han de ser conscients del rebuig general i la por que genera una sala d'hospitalització per trastorn mental i tractar de minimitzar el seu impacte, convertint un lloc hostil en, almenys, un espai mínimament acollidor. Aquest procés requereix de l'acció i implicació de tot l'equip, més enllà de la diversitat professional, disciplinar, de torns, etc. D'aquí la importància fonamental de les reunions d'equip, ja que no són només un requeriment formal i protocol·lari, sinó un instrument de consens respecte de la posició/actitud tècnica que ha de ser presa en cada cas. L'objectiu és contenir l'ansietat bàsica, incloent les eventuais mesures

farmacològiques, però també generar confiança i esperança.

Independentment de l'actitud aparent, de la simptomatologia i del trastorn de base, el pacient sol estar essencialment espantat ja que ha estat conduït a un lloc desconegut, el qual es correspon en l'imaginari social i cultural amb un espai truculent, esglaiador i poc ordinari. Per aquesta raó una posició massa defensiva per part de l'equip pot donar peu a una espiral persecutòria en el pacient. Alternativament, una posició massa confiada o imprudent pot generar més agitació o potenciar certa percepció de desbordament i falta de límits. Cal ressaltar que la responsabilitat principal de "marcar la tendència" la té el metge de guàrdia, qui, igual que la resta de professionals, ha de tenir suficient formació teòric-tècnica per poder fer-se càrrec de l'ingrés i les seves particularitats. L'equip de treball ha de ser pensat com un grup de professionals de diverses disciplines, on cadascú té unes determinades característiques i habilitats, però que conformen un conjunt coherent, complementari, cohesiu i de respecte mutu.

És important conèixer la situació i la posició de la família, així com l'actitud del pacient en relació a ella. Si la derivació està relacionada directament amb algun conflicte familiar ha d'extremar la prudència, especialment en el pacte del règim de visites. En cas que no hi hagi un conflicte rellevant, i en funció de les característiques de la unitat d'ingressos i de la implicació de la família, es poden establir acords d'acompanyament familiar.

L'ingrés o reingrés voluntaris no acostumen a oferir especials dificultats, ja que les persones que són conscients del seu problema i volen resoldre'l. Tanmateix, s'ha de ser molt clar en els plantejaments, condicions de l'ingrés i perspectives o pronòstic, ja que la manca d'una informació veraç al pacient o els missatges ambigus poden promoure una relació de desconfiança i conflicte que serà difícil de resoldre en el futur.

El reingrés involuntari de persones ja conegudes pels professionals i que es troben en situacions recurrents corre el risc de fer-se de forma automàtica, amb prejudicis, sense una exploració clara i àmplia de la situació i, per tant, donant peu a malentesos i desconfiança. En aquests casos l'ingrés s'ha de fer com si fos (ja que de fet ho és) una situació nova, encara que guardi similituds amb situacions anteriors. L'experiència prèvia amb el pacient pot donar l'opció de transformar l'ingrés en voluntari, però, això s'ha de fer de manera clara, sense donar informació errònia o insuficient o per raons purament administratives.

Finalment, és rellevant assenyalar que el primer ingrés involuntari és el que necessita de forma més acurada l'aplicació de totes les consideracions exposades i afegir que la seguretat és un tema que mereix un tractament específic.

3.2.1.1. Acollida i acompanyament en l'ingrés

L'aproximació dels professionals ha de ser holística i biopsicosocial. Això és especialment necessari per als professionals que desenvoluparan un major seguiment del pacient durant l'ingrés, com és el cas dels diplomats en Infermeria i Auxiliars Psiquiàtrics. La valoració professional ha d'evitar els condicionaments i prejudicis, especialment si es tracta de pacients en reingrés, i el tracte ha de ser sempre respectuós, cordial i atent, brindant al pacient el temps que necessiti per resoldre dubtes, conèixer l'habitació i entendre el funcionament de la unitat. S'ha de ressaltar la importància de revisar les seves pertinences sempre davant d'ell.

Els professionals que treballen en el mateix servei des de fa anys acostumen a sentir l'espai de la unitat com a "familiar". És important considerar que aquesta mateixa familiaritat ha de comportar que els pacients se sentin acollits i no sols, davant dels altres pacients i del seu propi malestar. D'altra banda, la valoració d'infermeria ha de ser completa, indagant en tots els aspectes, amb l'objecte de detectar necessitats que puguin estar alterades.

Hi ha algunes actituds que cal tenir en consideració, com evitar els judicis i les etiquetes. La dinàmica hospitalària pot impregnar el nostre llenguatge de prejudicis, encara que sigui de forma involuntària i inconscient. Per això convé revisar les nostres narratives professionals i la forma de comuni-

car-nos amb els pacients. Expressions com “és un esquizofrènic” impliquen una mirada parcial i deshumanitzada del pacient que condiciona la nostra actitud davant d’ell i també la nostra intervenció i els efectes que tindrà aquesta. És imperativa una acceptació incondicional de la persona, més enllà de la malaltia o trastorn.

El símptoma és l’expressió del malestar o de la patologia, però no és l’única realitat a valorar. Cal evitar també una percepció parcial en les situacions en què els professionals se senten incomodats per determinats símptomes i com a resposta automàtica acudeixen a la medicació extra. En aquest tipus d’escenaris la valoració d’infermeria és vital també com a instrument reflexiu que eviti males pràctiques o un tracte i tractament deshumanitzat.

L’organització de les unitats d’hospitalització, especialment les unitats grans i la seva complexitat, és un repte per a infermeria. Actualment tenim tota la patologia amb tots els gradients de gravetat, però no comptem amb una “UCI” on assistir al pacient que necessita de cures més intenses i continuades. El repte consisteix a saber què hem de fer per poder atendre a tots el millor possible.

L’ambient de la unitat és molt important i hem de vetllar perquè sigui el més contenidor i normalitzat per als pacients ingressats. Les normes de funcionament i els horaris poden afectar negativament els pacients, especialment

quan sembla que el pacient ha d'adaptar-se sempre als nostres horaris. Hem de treballar perquè aquesta organització d'horaris i normes es puguin harmonitzar, i per tant, aconseguir que el professional pugui organitzar el seu treball diari sense perjudicar el pacient. Es podrien citar alguns exemples de situacions en què es prioritzen normes i horaris en detriment de l'atenció. En aquest aspecte cal assenyalar els moments de risc de discontinuïtat assistencial que suposen els canvis de torn, els caps de setmana i les vacances. Hem d'assegurar en tot moment l'atenció que necessita el pacient, sense utilitzar mesures mecàniques de contenció per substituir l'acompanyament.

Finalment, val la pena ressaltar la importància del personal d'infermeria en el seu rol principal de figura de proximitat. La seva intermediació resulta imprescindible per a la consecució de qualsevol objectiu terapèutic.

3.2.2. Nens, adolescents i joves

És una dada coneguda que almenys el 25% de les urgències psiquiàtriques de nens i adolescents tenen com a indicació final l'hospitalització psiquiàtrica del menor. L'ingrés hospitalari ha de garantir l'efectivitat del tractament i ser indispensable, en el sentit que no hi hagi una altra alternativa extrahospitalària que ofereixi el mateix benefici.

El recurs a l'hospitalització es produeix, o bé quan es detecta una situa-

ció d'urgència (principalment per risc de la integritat psíquica o física de l'afectat, eventualment també front a tercers)¹, o bé quan els altres nivells assistencials, encara que ben coordinats, es mostren insuficients de cara a assegurar el progrés en el tractament i la millora del pacient.

Si es tracta d'una primera intervenció assistencial (i també si no és així), en l'ingrés s'han de tenir especialment en compte els aspectes informatius del que suposa i comporta per al pacient i la seva família l'entrada en els serveis de salut mental, ja que la negació de la malaltia mental en la infància (i també en l'adolescència, encara que potser en menor mesura) està molt estesa. Algunes de les raons d'aquesta negació són: dinàmiques intrafamiliars, adultocentrisme-idealització de la infància, negació del mal en els nens "innocents", discurs social, negació per part de la família de les raons de causa vivencials que puguin haver intervingut en el procés mòrbid, entre d'altres.

La intervenció que implica hospitalització és un esdeveniment transcendent i per tant gens banal en la història i biografia d'un menor. És per això que ha d'estar a l'altura del repte que suposa per a l'equip assistencial i que engloba tant prestar atenció al menor amb el problema que l'afecta i que ha estat motiu d'ingrés, com considerar els pares i l'entorn primari del qual depèn. Si evitem conceptualitzacions simplistes del trastorn mental i adme-

1. Recordem que qualsevol intervenció amb menors ha de ser regida per la finalitat del suprem bé del menor.

tem, sense més, que el desenvolupament del psiquisme humà és el resultat de la interrelació de l'equipament psicofísic, genètic, anatòmic, etc. i el seu entorn, llavors haurem de preveure, també en situació d'ingrés hospitalari, un treball familiar que haurà d'anar més enllà de la cura i acompanyament del pacient. De la complexitat de la situació, cas per cas, es desprenen diferents nivells d'actuació terapèutica. Més enllà dels aspectes d'hosteleria i d'adaptació a la vida quotidiana en un medi desconegut i fins i tot viscut com a hostil, l'orientació de treball conjunt amb el grup primari (p ex. Indicacions d'incomunicació total, parcial o nul·la) respecte a la família s'ha de plantejar en el context d'un pla individualitzat i formant part de l'estratègia terapèutica singular. Es tracta en definitiva que l'ingrés constitueixi una oportunitat i un instrument per facilitar la resolució d'una problemàtica que sobrepassarà l'ingrés i eviti que aparegui en el mite familiar i personal com un esdeveniment vergonyant o un episodi que és millor no esmentar, allunyant-nos, per tant, de la vessant "dissuasòria" i punitiva de l'ingrés, amb les inevitable restriccions que comporta. En definitiva, es tracta d'assegurar la incorporació (durant l'ingrés i posteriorment) dels pares en el procés en curs amb la finalitat de millorar l'estat de salut mental del menor.

En l'hospitalització parcial (post ingrés o no) en règim d'hospital de dia és on es detecten sovint dificultats que la situació de l'ingrés total pot ocultar. Encara que les formalitats per a l'ingrés parcial són anàlogues a les de l'ingrés total (ja que es tracta d'unitats no tancades que requereixen el con-

sentiment informat del pacient i la seva família) no és preceptiva la comunicació al jutjat corresponent. La família, a proposta mèdica, ha d'assumir la plena responsabilitat de l'ingrés, que inevitablement entrarà en conflicte amb l'escolarització (sobretot en les etapes d'ensenyament obligatori). El risc de "dipositació" del pacient en el servei o unitat perquè millori (que els professionals el curin) sense la seva presència o implicació és alta per part dels pares i família. Cal destacar, d'altra banda, que la participació dels pares en els tractaments del fill amb trastorn mental no constitueix un dret consolidat, encara més en l'actual període de "crisi". En qualsevol cas, la tendència a la desvalorització de la psicopatologia que afecta un menor, sovint comporta i és paral·lel a un discurs educatiu ingenu (ja aprendrà, de més gran ho entendre...) i a una major rellevància del discurs mèdic (farmacològic) predominant que dificulta o fins i tot arriba a obstaculitzar la presa de consciència i responsabilització del sofriment —psíquic, vital, de conducta que comporta el trastorn mental—.

Actualment, per la necessitat de protecció jurídica al menor, les lleis estableixen l'obligatorietat de l'autorització judicial de l'hospitalització, negant la validesa del consentiment que puguin donar tant els menors com els seus tutors legals.

La majoria de les hospitalitzacions psiquiàtriques d'un menor d'edat es realitzen amb caràcter d'urgència i tenen una sèrie de característiques:

- Si no hi ha una autorització judicial prèvia, cal informar el jutge en un termini no superior a les 24 hores.
- En cas de desacord entre l'opinió mèdica i la dels pares o tutors legals, el criteri que preval és el del metge.
- En tractaments amb algun tipus de risc, encara que aquest sigui menor, la persona que tingui la pàtria potestat ha de donar el seu consentiment per escrit. Els menors tenen dret a rebre informació adequada en relació al tractament mèdic a què estiguin sotmesos, d'acord amb la seva edat, maduresa i estat psicopatològic i afectiu.
- En cas de pares separats que comparteixen la tutela o la pàtria potestat, tots dos tenen dret a rebre la informació.
- Quan la tutela legal la tingui l'Administració, la informació als pares requerirà el consentiment previ de l'Administració.



Conseqüències jurídic-legals de l'ingrés psiquiàtric

4)

L'internament psiquiàtric comporta una privació de llibertat que, sobretot quan es produeix de forma involuntària, té unes conseqüències jurídic-legals, en entendre que aquesta privació de llibertat és equiparable a la detenció (sentències del Tribunal Europeu dels Drets Humans). A Espanya es troba regulat en l'article 763 de la LEC i article 212 del Codi Civil de Catalunya. El referit codi civil legisla també l'ingrés voluntari ja que aquest pot esdevenir involuntari a criteri mèdic, si aquest entén que hi ha un greu perill per a la integritat física o la vida del pacient.

La intervenció judicial ve donada pel dret a la protecció del dret fonamental de la llibertat. No obstant això, quan es perllonga l'internament aquest queda subjecte a una regulació administrativa, que està conformada per normes d'especial subjecció de la legislació germànica, adaptada a la regulació de les institucions totals.

Pel que fa a la regulació dels internaments involuntaris, ens trobem en aquests moments en una situació que genera diverses paradoxes:

- 1) El jutge no pot constatar la hipotètica vulneració de drets fonamentals que es puguin produir en l'internament "al marge de la privació de llibertat".

El pacient queda així a mercè de la correcta interpretació pel personal sanitari del centre.

- 2) El tribunal Constitucional s'ha pronunciat ja fa tres anys sobre la inconstitucionalitat de l'article 763 de la LEC per no reunir els requisits d'una llei orgànica, el què fa imprescindible una urgent regulació nova de l'esmentat article.
- 3) Les disposicions administratives sanitàries que regulen els ingressos psiquiàtrics potser hagin de ser diferents per raó de patologia d'altres matèries somàtiques, però no per això han de comportar restriccions innecessàries dels drets del pacient.

El protocol facultatiu de la convenció de Nacions Unides dels drets de la persona amb discapacitat (NY 2006) propugna una nova filosofia, una nova forma de veure les persones que pateixen discapacitat, propiciant el principi d'autonomia de les mateixes, establint entre altres els següents drets:

- Conservar la capacitat d'obrar de la persona, art. 12.
- Respectar la seva autonomia i dignitat, art. 3.
- Derogar les pràctiques que portin a la discriminació, art. 4.
- Accedir a la justícia en igualtat de condicions, art. 13.

- Tenir dret a triar on i amb qui viure, art. 19.
- Disposar d'igualtat de dret a posseir i a controlar la seva economia, art. 12.
- Oferir suports d'acord amb la seva personalitat, anhels i habilitats naturals, art. 12.

I en relació als trastorns mentals, els pacients:

- Han de ser tractats en igualtat de condicions als altres i de conformitat amb els objectius (art. 14.2).
- No han de patir tractes degradants o vexatoris (art. 15.1).
- No han de ser sotmesos a experiments mèdics sense el seu consentiment (art. 15).
- Han de tenir accés a serveis d'assistència domiciliària i residencial i a altres serveis de suport a la comunitat, inclosa l'assistència personal per evitar el seu aïllament o separació de la comunitat (art. 19.b).
- Els serveis han de facilitar l'accessibilitat als centres de salut que el pacient necessiti com a conseqüència de la seva discapacitat (art. 25.b).
- Els professionals han d'actuar amb els pacients amb la mateixa qualitat de servei que amb pacients d'altres tipus de patologies; això és: amb consentiment lliure i informat, dignitat, autonomia i capacitació (art. 25.e).
- Els serveis han de disposar de programes generals d'habilitació i rehabilitació en àmbits de salut , ocupació i serveis socials (art. 26.1).

- Els serveis han de protegir el dret al treball en condicions justes i favorables (art. 26.1.b) afavorint les oportunitats i donant suport als usuaris en la recerca i manteniment d'ocupació (art. 26.1e).

Malgrat que aquest tractat internacional va ser subscrit per Espanya l'any 2008, el comitè d'experts de Nacions Unides el setembre de 2011 va emetre un informe sobre l'adequació del nostre Estat a la Convenció amb recomanacions en referència a la matèria d'estudi. Concretament s'indica:

- Inquieten els maltractaments, segons s'informa, dels quals són objecte les persones amb discapacitat internades en centres residencials o hospitals psiquiàtrics. Preocupa, així mateix, que es tendeixi a recórrer a mesures urgents d'internament (recomanació 35).
- Es recomana a l'Estat que revisi les seves disposicions legislatives que autoritzen la privació de llibertat per motius de discapacitat, incloses les mentals, psicològiques o intel·lectuals. Per a això es proposa la derogació de les disposicions que autoritzen l'internament forçós a causa d'una incapacitat diagnosticada, i que s'adoptin mesures per a què els serveis mèdics, incloent tots els serveis relacionats amb la salut mental, es basin en el consentiment atorgat amb coneixement de causa de l'interessat (recomanació 36).
- Es lamenta l'escassetat de dades sobre les persones amb discapacitat

i sobre els seus diferents graus de vulnerabilitat; la qual cosa dificulta l'elaboració de lleis, polítiques i programes adaptats a la situació d'aquestes persones (recomanació 49).

Qualsevol protocol d'ingrés hauria de tenir present els anteriors preceptes.



Conclusions i recomanacions

5)

Hem agrupat les recomanacions en els àmbits següents:

5.1. Informació i formació als professionals

- Formar els professionals implicats (equips sanitaris, equips de salut mental, de serveis socials, professionals de l'àmbit jurídic, policia, professionals de l'àmbit educatiu, etc.) en temes legislatius i d'ètica assistencial.
- Promoure l'especialització dels jutges en matèria d'incapacitats i d'hospitalització en Psiquiatria.

5.2. Aspectes que faciliten l'ingrés i la continuïtat assistencial tant en adults com en nens i adolescents

Alguns aspectes a tenir en compte per fer menys traumàtic i més confortable un ingrés hospitalari a pacients, familiars i professionals, podrien ser els següents:

- Implantar el Consentiment Informat del pacient en l'hospitalització i al llarg de la seva evolució clínica en els diversos serveis.

- Realitzar adequadament la derivació, per a això és fonamental la bona coordinació entre serveis.
- Treballar la indicació d'ingrés amb el pacient i, si escau, també amb la família, tant abans de la derivació com en el moment de l'ingrés, establint un pacte assistencial, si és possible, i facilitant que s'entengui la seva funció i s'integri l'ingrés en el marc del contínuum assistencial del pacient.
- Crear un àmbit acollidor i clar, per al qual és imprescindible el treball en equip a urgències i admissions.
- Acompanyar en l'ingrés per part de figures de proximitat amb el pacient, com el PSI o infermeria, en els casos que ho requereixin, per afavorir la integració de l'ingrés en el projecte terapèutic del pacient i disminuir el seu estrès davant l'ingrés.
- Atendre a cada persona segons la seva situació i necessitats, per a la qual cosa s'han de delimitar espais diferenciats segons la intensitat i la continuïtat de l'atenció necessària.
- Vincular, abans de l'alta hospitalària, el pacient als dispositius ambulatoris; els quals seguiran sent els seus referents assistencials: Centre

de Salut Mental (d'Adults o Infanto-Juvenil), Servei de Rehabilitació Comunitària, Pla de Serveis Individualitzat, etc. Tot això en el marc d'un projecte terapèutic que integri les diferents intervencions entorn del pacient i la família.

- Establir, en pacients amb tendència a la desvinculació, un pacte terapèutic d'alta, consensuat amb ells, on consti el seu pla terapèutic, les funcions dels diferents professionals i serveis i les conseqüències del no compliment del pacte.
- Generalitzar els programes de continuïtat assistencial Hospital-serveis d'urgències-CSMA amb el desplaçament d'infermeria del CSMA a la unitat d'hospitalització, amb l'objectiu de vincular els pacients nous del territori i afavorir el seguiment dels pacients ja coneguts del CSMA.
- Desenvolupar estratègies que afavoreixin la detecció de dificultats en la vinculació del pacient als serveis, a través del seguiment d'indicadors territorials d'alerta: altes hospitalàries a iniciativa del pacient, reingressos en els tres mesos posteriors a l'alta (especialment els que reingressin al primer mes), freqüentadors d'urgències sense continuïtat a CSMA, etc., amb l'objectiu d'establir una estratègia conjunta d'intervenció que afavoreixi una actuació integrada entre els serveis.

- Tenir una actitud activa per part del CSMA en l'atenció a les situacions d'urgència dels pacients coneguts, tant a nivell telefònic com presencial. En algunes situacions, l'atenció a domicili per part dels professionals habituals pot contenir la crisi i evitar l'ingrés o pot afavorir que aquest es produeixi de forma menys traumàtica. En algunes circumstàncies es pot requerir del 061 per executar l'ingrés. Els equips d'emergències mèdiques (EMSE) són un suport important en pacients no coneguts.
- Tenir resolts els temes de seguretat sense que interfereixin negativament en el procés de cura.

5.3. Aspectes específics a tenir en compte en l'hospitalització de nens i adolescents

Segons les indicacions del llibre blanc de la Unió Europea sobre la protecció dels drets humans i la dignitat de les persones afectades de trastorns mentals, en el cas dels ingressos en serveis psiquiàtrics dels menors d'edat, les mesures a prendre han de ser més estrictes que les aplicades en l'adult, per la seva extrema vulnerabilitat. S'ha de:

- Garantir la possibilitat de rebre assistència d'una persona que els representi, des de l'inici de l'hospitalització (familiar o tutor legal).

- Considerar la seva opinió de forma determinant i de manera progressiva, en relació amb la seva edat i maduresa.
- Tractar-los en ambients separats dels adults.
- Fer la reintegració del menor al sistema escolar tan aviat com el seu estat psicopatològic ho permeti.

5.4. Condicions de l'hospitalització i mesures de protecció en el moment de l'alta

- Donar als pacients psiquiàtrics (seguint el Principi d'Igualtat de la Llei general de sanitat), les estructures físiques que siguin necessàries per crear un Espai Terapèutic i no seguir tractant en desigualtat "als Desiguals". La persona amb trastorn mental no requereix estar al llit, sinó un espai que possibiliti el seu benestar i moviment, la qual cosa pot evitar el malestar per l'absència de privacitat i l'ansietat de l'internament.
- Proveir d'una assistència individualitzada i que possibiliti l'escolta que requereixi el pacient, en la transmissió de les seves emocions, de forma continuada. Per a això, es requereixen professionals especialitzats en abordatge psicoterapèutic a les unitats d'Hospitalització.

- Vetllar per la no dissociació dels aspectes socials, inherents al trastorn mental, en l'abordatge integral del pacient durant l'hospitalització per tal de proporcionar un entorn que afavoreixi la salut i propiciï el manteniment de les condicions d'alta.
- Crear Programes Socio-Sanitaris que cobreixin les necessitats dels pacients en situacions de desprotecció social i desemparament, i garanteixin la seva protecció en el moment de l'alta hospitalària.

5.5. Intervenció i paper del jutge en l'hospitalització psiquiàtrica

- Afavorir un treball més coordinat del jutge amb els altres professionals del Centre Hospitalari.
- Desenvolupar un marc legal que permeti al jutge el seguiment actiu en aquelles situacions de vulneració dels drets fonamentals en l'aplicació de les mesures restrictives.



6)

- **Documents de la Fundació CCSM número 3.**

Febrer 2005

Drets Humans, Ètica i Salut Mental (I)

Tractament Ambulatori Obligatori

Mesures Restrictives

Elaborat pel Grup Promotor del Comitè d'Ètica Assistencial

- **Documents de la Fundació CCSM número 4.**

Novembre 2008

Dossier sobre legislació i aspectes ètics en salut mental. Protecció de Drets i Dignitat: legislació en salut mental.

Elaborat pel Comitè d'ètica assistencial

- **Codi Civil de Catalunya. Llei 25/2010 – Llibre II.**

- **Convenció de les Nacions Unides sobre els Drets de les Persones amb Discapacitat i Protocol Facultatiu de Nacions Unides. New York 2006**

- **Informe del Comité de Expertos sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en España. Septiembre de 2011.**

- **Ética y praxis psiquiátrica.** Fernando Santander (Coordinador). Asociación Española de Neuropsiquiatria. Estudios/23. Madrid, 2000.
- **Pla de Salut de Catalunya 2011-2015.** Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Barcelona, 2012.



2a. PART

Jornada per una ètica de la capacitat

Per una ètica de la capacitat

1)

1.1. Incidència de la convenció de les Nacions Unides “sobre els drets de les persones amb discapacitat” (Nova York, 2006) dins la nostra legislació

La Convenció de les Nacions Unides de l'any 2006 va ésser ratificada per Espanya l'any 2008. L'adhesió a aquest text internacional comporta assumir els seus principis i introduir-los a tot el que faci referència a la discapacitat. S'introdueix una nova forma de veure i pensar en aquesta matèria, en què es consagren els principis d'igualtat i autonomia, que implica múltiples reformes legals: Codi Civil, llei d'Enjudiciament Civil, Codi de Comerç... juntament a nombrosíssimes reformes de caire administratiu: mèdiques, educatives, arquitectòniques, publicitàries...

En l'actualitat, i d'acord a la nostra legislació, davant de situacions de manca de capacitat d'una persona i per tal de protegir-la de les seves pròpies accions s'han incoat durant l'any 2009, 23.935 demandes d'incapacitació de persones que pateixen demències senils, malalties mentals, deficiències psíquiques... (Memòria any 2010 del PJ) de les quals n'hi ha 197 de desestimadores segons la Fiscalia General del Estat. Aquests procediments s'han portat a efecte en jutjats molt saturats, amb reconeixements molt superficials i amb un resultat de sentències d'incapacitat total superior al 90% del casos. Sens dubte això no es correspon a la realitat en la majoria dels casos.

El motiu de què això ocorri es deu a que la greu problemàtica que hi ha al voltant de la discapacitat es pretén resoldre a través de procediments de modificació de la capacitat d'obrar (incapacitacions) amb la concurrència d'errors conceptuals molt estesos —de vegades provinents de la pròpia administració— que provoquen vulnerar els drets d'aquestes persones, com fa més de cent anys, pervertint així el sistema. Es presenten demandes d'incapacitació pretenent resoldre qüestions administratives, obtenir o augmentar una pensió, tenir una plaça residencial, o bé tenir representació. En la majoria dels casos hi hauria una altra solució.

Aquesta situació parteix d'unes premisses socials, jurídiques i polítiques, on encara que no explícitament, existeix la convicció que davant la "desgracia" de patir una discapacitat la llibertat d'aquesta persona no és "tant important" com resoldre qüestions elementals de salut i cura personal i econòmica; per tant pot ésser matisada o anul·lada constantment a canvi de cobrir les seves necessitats bàsiques; o pel bé comú, ja sigui familiar o social. Encara que en aparença dins la nostra societat de democràcia occidental es reconeixen constitucionalment els drets de la persona, quan aquests intenta exercir-los una persona amb discapacitat sovint s'inicia un judici de valor qüestionant la seva competència. Judici de valor que freqüentment es resol en un procediment judicial de modificació de la capacitat.

La nostra legislació reguladora dels procediments de modificació de la capacitat, prové del S. XIX, establerta amb criteris clarament economicistes, que malgrat que ha anat variant al llarg del S. XX, el cert és que la majoria del articulat d'aquesta matèria va dirigida a protegir l'esfera econòmica i no la personal; amb l'agreujant de que en aquests moments hi ha normativa dispersa i contradictòria. Procediment davant un "impossible": avaluar la capacitat d'una persona per realitzar qualsevol hipotètic acte jurídic, ara i en el futur. Això no és possible en les discapacitats no severes. En els casos de dubte sobre el grau de discapacitat s'hauria d'aplicar *in dubio pro capacitat*. Però el *usus fori* ha portat a consideracions "és el millor per ell", "ara està bé, però el dia de demà..." Adoptant una postura paternalista i prepotent alhora, front a les persones amb menys possibilitats per exercir els seus drets.

Les modificacions de la capacitat d'obrar s'han de basar en dades clíniques i no clíniques: cal estudiar en cada cas la seva xarxa de suport social, familiar i institucional. Malgrat que dues persones tinguin la mateixa patologia les mesures a adoptar per a la seva protecció poden ser totalment diferents. Cal informació sobre tots els aspectes per avaluar el judici global de la situació i que contempli tots els matisos. En l'actualitat això no es correspon a la realitat.

En aquest context el 13 de desembre de 2006 s'aprova a les Nacions Unides la Convenció dels Drets de les persones amb Discapacitat, que Espanya ratifica

l'any 2008. En conseqüència i pel que estableix l'article 10 de la Constitució Espanyola aquest text queda incorporat al nostre dret intern havent-ne de efectuar les reformes legislatives que siguin adients per a que això es compleixi, eliminant les possibles contradiccions. Aquesta declaració suposa una *nova forma de pensar* la discapacitat en els aspectes:

- Principis base de la comunitat. Accessibilitat. Vida independent.
- Nou concepte de la discapacitat: no supressió de la capacitat d'obrar.
- Nou model de suport a la presa de decisions.
- Manteniment del sistema de garanties.
- Moviment d'auto-suport.

En aquest sentit els estats part contreen la obligació de que en tots els àmbits de la societat es promoguin, reformin i/o deroguin les disposicions que calgui per tal de:

- Respecte, dignitat i autonomia individual (art.3)
- Derogació de lleis i pràctiques que portin discriminació (art.4)

- Garantia d'igualtat de protecció jurídica (art. 5)
- Igualtat del dret a posseir i controlar la seva economia (art. 12)
- Accés a la justícia en igualtat de condicions (art.13)
- Dret a triar on i amb qui viure (art.19), entre d'altres

Les conseqüències immediates de la convenció afecten tots els aspectes de la vida i s'enumeren en el seu preàmbul, però des de el punt de vista dels judicis de la capacitació són:

- La interpretació i reinterpretació de les normes sobre els dret de les persones amb discapacitat que es faran des de la perspectiva dels drets humans (preàmbul i art.1).
- L'establiment del sistema de suport i presa de decisions. (art.12).
- L'abandó o superació del model de substitució i creació de noves formes de suport entre elles la de l'assistent.

En matèria de procediments de modificació de la capacitat la Convenció també estableix unes directrius:

- En processos de modificació de la capacitat d'obrar: s'haurà de remoure, promoure i assegurar igualtat de condicions de tots els Drets Humans.
- *Aplicar la dosis justa de protecció*: del suport complementari al suport més intens, des de les habilitats naturals de la persona.
- *Cal "introduir de facto" en el procediment d'incapacitació l'exigència de la causa o motiu que porti a interposar-la*. Permet ajustar-se a aquell problema.
- *Revisió periòdica de la persona i dels suports que devinguin necessaris*, obrint-li de forma efectiva el procés de recuperació de capacitat.

A Catalunya, amb el nou Codi Civil de l'any 2010, s'introdueixen els principis preconitzats per la Convenció que han de coexistir amb les institucions jurídiques clàssiques de tutela i curatela, malgrat que es parli sempre de mesures de protecció, ja que la limitació dels drets fonamentals és competència de l'estat. Apareixen així:

- *Poders preventius* per poder dir com volem viure quan no puguem decidir per nosaltres mateixos, tractaments als que no volem sotmetre'ns, lloc on residir i forma de vida.

- *Poder de previsió de pèrdua sobrevinguda de capacitat*: és el nomenament d'un apoderat en escriptura pública, perquè cuidi dels interessos de les persones majors d'edat, que no puguin governar-se per si mateixes, a causa d'una malaltia persistent. Es pot posar data d'inici de l'eficàcia, mesures de control i causes d'extinció.
- *Guarda de fet*: vinculada a la cura de menor o major amb causa d'incapacitació. Es té l'obligació comunicar-ho al jutge. És una actuació en benefici del guardat.
- *L'assistent*: pot ser demanat pel propi interessat, i no té que ser permanent. Evitarà moltes incapacitacions amb tutela i curatela, especialment de persones grans i malalts mentals. Situació de disminució no incapacitant. El jutge determina les funcions de l'assistència: personal, patrimonial, mèdica... Modificables el temps i les funcions. Extinció. Mecanisme paral·lel a la tutela i curatela.
- *Patrimoni protegit*: integrat amb precisió pels bens i els seus rendiments que s'aporten a títol gratuït pel constituent, per a la satisfacció de les necessitats vitals de la persona discapacitada. Està vinculat a les obligacions concretes pel seu administrador per tal de garantir les referides necessitats. No respon a les obligacions del beneficiari, ni del constituent.

Supervisió de l'activitat del administrador. Creació d'un Registre de patrimonis protegits.

Malgrat aquestes innovacions legislatives molt importants, per tal de poder aconseguir les fites i el objectius que es presenten amb la Convenció dels drets de les persones amb discapacitat caldrà:

- Modificar el procediment de modificació de la capacitat d'obrar, introduint com a requisit necessari al·legar la causa per la qual s'insta el procediment.
- Propiciar que Jutjats, jutges, fiscals, forenses siguin especialistes en la matèria.
- Formar als agents implicats des de l'òptica de la capacitat.
- Promoure una actitud de defensa activa per part dels advocats a favor de les persones amb discapacitat.
- Exigir recursos-suports que eviten incapacitacions.
- Denunciar les vulneracions de la Convenció.

- Crear una Guia de Bones Pràctiques.
- Proporcionar mitjans i recursos assistencials, residencials, educacionals.

1.2. Incidència de la convenció de les Nacions Unides “sobre els drets de les persones amb discapacitat” (Nova York, 2006) i les seves repercussions en l'àmbit de l'atenció a les persones amb problemes de salut mental

L'atenció a les persones amb trastorns de salut mental ha tingut uns avenços importants en les últimes dècades que han afectat tant a les intervencions clíniques com al desenvolupament dels serveis i a les formes d'organització d'aquests. El marc conceptual en què s'han mogut és el model comunitari. S'ha passat d'una atenció centrada a l'hospital a una basada en la comunitat. I d'un sistema d'atenció de tall asilar i institucions tancades que pretenien oferir els serveis necessaris des d'una perspectiva total a un altre en què els serveis estan en l'espai comunitari i s'articulen entre si per fer front a les moltes necessitats, no només sanitàries, que tenen les persones que pateixen una malaltia mental. La malaltia provoca molt sovint efectes negatius sobre l'economia, la vida familiar, l'entorn social i el desenvolupament global de la persona. Per això un model comunitari d'atenció a les persones amb problemes de salut mental ha de ser obert i articular un conjunt de recursos necessaris per fer front a les necessitats que són múltiples dependent del moment de la malaltia. Tot això fet des d'una visió holística de

la persona, estimulants la seva participació i els seus recursos així com els disponibles a la comunitat de la qual forma part.

El desenvolupament d'aquest model comunitari ha estat molt vinculat des del seu origen a professionals i institucions dels àmbits legislatiu i judicial que han posat en marxa importants desenvolupaments jurídic-legislatius. Tots ells estaven guiats pel convenciment que una de les primeres tasques a fer era treballar per la dignitat de les persones i pels seus drets: l'exercici de la seva autonomia, el respecte a la seva voluntat i la normalització de l'atenció per evitar l'estigma que acompanya, lamentablement encara, a les persones que pateixen trastorns mentals o altres problemes dels que es derivi discapacitat.

Els importants canvis en l'organització de serveis i l'atenció a les persones, sent molts, no són un procés acabat. Hi ha raons per expressar algunes preocupacions. Ho fem amb l'ànim d'iniciar una reflexió serena davant els diversos riscos que amenacen la continuïtat de pràctiques professionals basades en el reconeixement dels drets humans per a tots i que, en les persones amb més fragilitat, corren el risc de ser menys protegits o més vulnerats.

Un primer nivell de preocupació procedeix de les circumstàncies per les quals travessa l'economia al nostre país i el desenvolupament de polítiques

de disminució de recursos per fer front al dèficit. Aquesta disminució o retallada de recursos afecta clarament a les polítiques redistributives de l'estat de Benestar i per això tenen un major efecte negatiu sobre els més necessitats, els més fràgils i els que per minorar la seva discapacitat necessiten suport. Hem d'expressar la nostra seriosa preocupació pels efectes que aquestes polítiques poden tenir sobre el que venia sent el desenvolupament de recursos per fer front a les repercussions tant en la salut com en l'economia i en la inserció social de les persones que pateixen una malaltia mental.

En una jornada sobre l'ètica de la capacitat no podem deixar d'assenyalar que la restricció de recursos destinats a programes d'atenció a les persones que pateixen incrementa la seva vulnerabilitat i va en contra del desenvolupament de les seves capacitats i l'esforç per augmentar la seva autonomia.

Però altres preocupacions procedeixen de la constatació que en les pràctiques professionals i les dinàmiques institucionals encara s'aprecien signes d'una insuficient cura en el respecte als drets que els pacients tenen de participar en el seu procés assistencial així com de ser escoltats amb atenció i amb el temps que necessitin.

Estem convençuts que cal seguir treballant pels drets dels pacients i pel

desenvolupament de pràctiques professionals que avancin en la línia del seu reconeixement.

Repensar les pràctiques actuals i fer-ho des d'una perspectiva ètica i dels drets humans cal perquè tot i l'esforç dels professionals i de les institucions la tendència a l'anquilosament i la estereotípia és un risc.

La Convenció de Nacions Unides sobre els drets de les persones amb discapacitat (New York, 2006) va en aquesta mateixa línia que comentem. La seva implementació comportarà canvis en l'ordenament jurídic actual però també reforçarà el model assistencial comunitari i exigeix una disposició de les institucions i dels professionals per a unes pràctiques basades en la potenciació de l'autonomia i el reconeixement del dret de la persona a la implicació en les decisions que l'afecten així com en la creació dels recursos necessaris per minorar els efectes de les seves discapacitats i augmentar el seu benestar i la seva dignitat.

Al seu article 3 la Convenció de N.Y. desenvolupa els principis generals:

- El respecte de la dignitat inherent, l'autonomia individual, inclosa la llibertat de prendre les pròpies decisions i la independència de les persones.
- La no discriminació.

- La participació i inclusió plenes i efectives en la societat.
- El respecte per la diferència i l'acceptació de les persones amb discapacitat com a part de la diversitat i la condició humanes.
- La igualtat de oportunitats.
- L'accessibilitat, suprimint les barreres degudes a l'actitud i l'entorn que poguessin evitar la seva integració i participació plena i efectiva a la societat.
- La igualtat entre l'home i la dona.
- El respecte a l'evolució de les facultats dels nens i les nenes amb discapacitat i del seu dret a preservar la seva identitat.

En resum la Convenció reafirma el reconeixement del dret de les persones a exercir la seva capacitat i l'exigència que els diversos organismes, institucions i professionals garanteixin els suports necessaris per aconseguir-la.

La normalització de l'atenció, la no discriminació i la disposició de qualsevol ajuda amb la finalitat de desenvolupar els màxims nivells possibles d'autonomia són fonaments bàsics de la relació assistencial i de cures. Aquesta

actitud forma part dels elements ètics que han de sustentar les pràctiques professionals. Sabem que el patiment de les persones que pateixen trastorns mentals pot comportar una limitació de capacitats d'intensitat i temporalitat variables i el risc de pràctiques de substitució permanents que atempten contra els seus drets. Les capacitats de les persones i les seves pèrdues o limitacions en raó de la seva malaltia —la discapacitat— cal entendre-les com a part del procés vital i amb una perspectiva dinàmica, no estàtica; és a dir tenen variacions en un o altre sentit el que requereix d'una avaluació periòdica guiada pel desig de potenciar les necessitats individuals amb el suport necessari i adequat al seu moment. Aquest convenciment ha de portar a un allunyament del que pot ser una cultura de la incapacitat i anar cap a una cultura de la capacitat i una assistència feta des de la cooperació en la relació professional-pacient.

Mentre més alta és la fragilitat de la persona més altes són les possibilitats que siguin vulnerats els seus drets i, especialment, els referits al reconeixement de la seva autonomia i l'exercici de la mateixa. Els professionals i les organitzacions hem de reflexionar-hi i posar atenció en els riscos de deshumanització que corren els serveis al danyar, encara que sense voler-ho, els drets de la persona malalta. Les Associacions d'Usuaris i de Familiars han assenyalat en diverses ocasions que en els ingressos involuntaris es produeixen situacions de desatenció al pacient i a la seva família; precisament en un moment de gran dolor i vulnerabilitat en què cal

extremar l'escolta i l'acostament a la persona i al seu patiment, en que és especialment necessari un tracte acurat. Un tracte acurat implica també l'oferiment d'una informació del seu estat i del tractament a realitzar feta en termes clars i contenidors.

Per això convé repensar d'una banda les maneres d'atenció perquè no siguin generadores, encara que involuntàries, d'una major discapacitat i no caiguin en pràctiques d'efectes inhabilitants. D'altra banda cal pensar, més encara en aquests moments econòmics difícils, en el desenvolupament de recursos diversos de suport a l'autonomia que disminueixin i evitin el risc d'incapacitació i afavoreixin la progressiva recuperació de les capacitats perdudes.

La pèrdua (qualsevol que sigui en qualitat i temps) de capacitats no pot ser raó de pràctiques restrictives sinó esperó per a pràctiques estimulants i creatives que posin l'accent en el desenvolupament de les capacitats i en el major reconeixement de l'autonomia de la persona.

Per tant recomanem:

- Dur a terme una pràctica assistencial basada en el respecte a la dignitat de la persona i en el respecte als seus ritmes i les seves característiques. Això obligarà a dedicar-li el temps que necessita amb una

escolta atenta i singularitzada. No hi ha dos subjectes iguals i el subjecte que consulta travessa per una dificultat en la seva salut però segueix sent un subjecte amb la seva dignitat intacta i amb els seus diferents trets identitaris; de vegades es corre el risc de reduir el subjecte a una malaltia que el suplantaria.

- Realitzar una pràctica assistencial que comporti la disminució dels símptomes que tant alt patiment provoca, però s'ha de fer una lectura àmplia del mateix i situar-lo en el context del subjecte. Per tant ha de fer-se una assistència pensant en la solució dels símptomes, sempre incapacitants, però també en la rehabilitació i la inserció social. En aquesta línia els Serveis de Salut Mental han d'incorporar de manera normalitzada els tractaments de Psicoteràpia (Psicodinàmica, Sistèmica, Cognitiva, grupal, etc.) per ser un eix fonamental per a la millora de l'evolució clínica tant de les persones amb Trastorns No Severos com de les que pateixen un trastorn mental sever. L'abordatge farmacològic no pot ser el centre de l'atenció com desafortunadament passa des de fa massa anys.
- Potenciar l'esforç dels serveis en resoldre les diferents barreres que fan que les persones amb discapacitat tinguin dificultats per exercir el seu dret a una accessibilitat fàcil; aquestes barreres són d'índole material però també conceptual i d'actituds, no només de la societat,

sinó també dels professionals de la Salut Mental. Aquestes barreres són, de vegades, de llenguatge, de disposició a l'escolta i d'estils comunicacionals inadequats.

- Tenir cautela professionals i serveis de salut mental al recolzar iniciatives d'incapacitació fetes possiblement des de la bona voluntat però des del possible desconeixement d'altres mètodes de protecció i ajuda. Sempre donant el suport adequat perquè el subjecte utilitzi els seus recursos i aquests no quedin ofegats per un proteccionisme invalidant.
- A vegades la severitat de la discapacitat pot fer necessària la modificació de la capacitat d'obrar. En aquestes situacions convé ser extremadament prudents i tenir en compte el major nombre de variables possibles inclosa la família i la xarxa social. L'objectiu ha de ser la creació de sistemes de suport plantejant-los des del respecte i el no perjudici de la dignitat. La figura de l'Assistent que recull el nou Codi Civil de Catalunya, present també en els Codis d'Alemanya i d'Itàlia, s'ha de desenvolupar.
- Estimular l'exercici de les Voluntats anticipades o Instruccions prèvies; això permetria conèixer el desig del pacient davant situacions en les que la seva capacitat de decidir pot estar minvada, com pot ocórrer en una crisi intensa o en la necessitat de tractament involuntari.

- Donar suport a les famílies ha de ser un objectiu precís també dels serveis de salut mental vinculats amb altres serveis de la comunitat i del teixit associatiu.
- Treballar en xarxa he de ser un instrument per afrontar la complexitat de les causes i solucions als efectes de la discapacitat.
- Afavorir el desenvolupament de recursos específics com a suport i reforç de l'autonomia: acompanyaments terapèutics, xarxes d'allotjaments, facilitació en l'accés a un oci creatiu, la inserció laboral i pre-laboral... Per a això serà necessari dotar als serveis de rehabilitació dels mitjans per a què ho facin possible. Aquesta inserció en el món del treball és essencial en el tema de que venim tractant, el desenvolupament de la capacitat i autonomia de la persona amb un trastorn mental.
- Tot això s'ha de dur a terme en un clima permanent de reconeixement de les capacitats del pacient i buscant la seva activa participació en el procés que l'afecta.

I per acabar, expressar que l'important document sorgit de la Convenció de Nacions Unides pot ser un document que estimuli el debat dels professionals i les organitzacions sobre la malaltia mental en el nostre temps; sobre les noves maneres d'expressar el patiment psíquic; sobre noves formes

d'atendre'l que passen per esforços complementaris, continuïtat de cures i treballar des d'una perspectiva transversal i de xarxa; i que rellanci una permanentment necessària reflexió ètica sobre les nostres pràctiques i els seus efectes.



2)

2.1. Les paraules no són coses. Els DSMs i la dissolució del subjecte

Si hem de creure a autors com Laín Entralgo, Givner o Good —i hi ha bones raons per a això— el desenvolupament de la medicina occidental té una estreta relació amb la tradició filosòfica-empirista del llenguatge i, concretament, amb els conceptes de designació i classificació. Aquesta tradició s'expressa en l'obra de Sydenham¹ i, més tard, en el context de la psiquiatria alemanya del segle XIX en la qual destaca un autor com Kraepelin que va fomentar la descripció empírica (i empirista) de les manifestacions dels trastorns mentals i va diferenciar entre aquells símptomes que adquirien un caràcter episòdic i aquells altres que perduraven en el temps i permetien elaborar una classificació universal i estable. El seu èmfasi nosològic, de tall naturalista, va donar preeminència a les malalties en detriment de la narrativa dels pacients i va suposar l'hegemonia de l'observació sobre l'escolta, de l'aparent sobre l'implícit, dels signes sobre els símptomes, de la forma sobre el contingut, d'allò universal sobre el particular, de l'explicació (Erklärung) sobre la comprensió (Verstehen). A més, anar en aquesta direcció va implicar l'aplicació del model biomèdic a la pràctica psiquiàtrica, encara que l'ideal d'una etiologia específica no pogués de moment ser assolit.

1. El propi Locke fa una referència d'honor al seu amic Sydenham en la seva "The Epistle to the Reader" que obre *An Essay Concerning Human Understanding*.

El neo-kraepelinisme, paradigma hegemònic a la psiquiatria contemporània, ha estat definit com un moviment orientat cap a la classificació, la descripció dels quadres psicopatològics, l'oposició a la perspectiva psicoanalítica, l'interès per la investigació clínica i epidemiològica i la "tornada de la psiquiatria a les seves bases mèdiques".

La seva conformació com a "escola invisible", segons Michels, s'articula la dècada dels seixanta entorn del Departament de Psiquiatria de la Universitat de Washington, St. Louis, i es fa visible en la confecció del DSM-III, un manual diagnòstic que segons els seus autors va ser creat amb el desig d'oferir una classificació que fos útil per als tractaments i la presa de decisions, que s'organitzés a partir de categories diagnòstiques "fiables", que suposés l'eliminació de nosologies que consideraven "inútils" com la de neurosi, que fos consistent amb els resultats de les investigacions i que s'elaborés en diàleg entre les diferents orientacions (incloent teòricament les psicossocials i la psicoanàlisi).

Aquests objectius, explícits en la introducció del DSM-III, han obert no poques discussions i interrogants que tractarem aquí amb l'objectiu, no tant de fer una arqueologia o història dels manuals psiquiàtrics, sinó d'afavorir la reflexió sobre una mirada clínica que s'ha reproduït al DSM-III-R, al DSM-IV, al DSM-IVTR i que ja podem anticipar en la metodologia i debats del DSM-V. Una mirada clínica que dissol el subjecte del sofriment en benefici d'un suposat món de malalties reals.

És possible una classificació atèrica?

Una primera qüestió a considerar i que hem de dir que genera sorpresa per la seva ingenuïtat o per la seva inversemblança, segons es miri, és l'auto-definició del DSM-III i les seves versions posteriors (des d'ara esmentats simplement com a nous DSMs) com a manuals a-teòrics i purament descriptius. La idea defensada pels seus autors és que els manuals són només resultat de l'exercici de denotar, de posar noms a un conjunt de malalties que hi són, en el món natural, com els terratrèmols o les formigues. No obstant això, no cal ser cap geni per saber que el ateoricisme és simplement un impossible per a la psiquiatria o per a qualsevol disciplina científica. Sempre hi ha en el rerefons de qualsevol classificació una dimensió teòrica que articula les eleccions, les agrupacions, les incompatibilitats. El mateix exercici de denotar i classificar és en si mateix un quefer teòric, encara que sigui d'una teoria que es vol negar a si mateixa com a tal.

Entre el món de les coses i l'univers de les paraules mai no és possible la simetria, perquè les paraules no poden ser les coses i al contrari, sempre hi ha alguna cosa que es perd i que es guanya en el llenguatge. En el camp dels trastorns mentals aquesta situació s'aguditza, ja que aquests són realitats complexes que involucren signes, símptomes, conductes, experiències i emocions que requereixen sempre d'un cert grau d'abstracció per a la seva delimitació com a entitats discretes o per a la seva diferenciació entre

elles. Dit d'una altra manera, els criteris i nosologies que ens presenten els nous DSMs no són representacions que tracten de donar compte de fets, sinó generalment representacions d'altres representacions, com la "fòbia" que discrimina el clínic representa la "por irracional" viscuda i expressada pel pacient.

D'altra banda, l'eliminació en els nous DSMs del concepte de neurosi és una opció clarament teòrica, com l'aposta per la base estadística per determinar la fiabilitat, que no la validesa, de les categories.

Signes o símptomes?

És sabut que la major part de les manifestacions dels trastorns mentals s'associen amb símptomes més que amb signes, entenent els primers com a evidències subjectives del malestar i els segons com a manifestacions objectives com la febre, les erupcions cutànies o el nivell de triglicèrids en sang. Amb tot, i probablement com a efecte imitatiu d'altres especialitats mèdiques, el tractament que reben els criteris diagnòstics en els nous DSMs és més propi dels signes que dels símptomes.

Els signes no parlen per si mateixos, ja que requereixen de la consciència d'un destinatari que els ofereixi sentit, ja sigui aquest el clínic, el pacient o qualsevol tercer, com els familiars. Els símptomes, en canvi, són actes de

significat, de llenguatge. Dit d'una altra manera, són realitats semiòtiques que requereixen per a la seva comprensió d'un important grau d'inferència. No obstant això, els DSMs resolen ràpidament i superficialment aquesta clara distància reificant els símptomes; i no només a ells. Situacions com "amença de pèrdua d'ocupació" són naturalitzades com si fossin universals del mateix grau que els fenòmens atmosfèrics o els processos fisiopatològics. Símptomes com "al·lucinacions auditives", "sospites de ser explotat", "sentiments de desesperança" o "baixa autoestima" es manejen com fenòmens factuais més que com a sensacions i representacions. Les categories i criteris apareixen, així, contradictoris. Però, com és obvi, el pes d'alguns interrogants es fa evident. Perquè, què és "sentiments de desesperança" i des del punt de vista de qui ?, Sobre quins criteris determinar la baixa autoestima? Per no entrar ja en preguntes com: quina és la "base suficient" per sentir-se entenimentadament explotat? A l'intentar transformar el símptoma en signe els nous DSMs es desprenen d'un subjecte que incomoda. En el seu lloc apareix un paisatge de criteris que neguen la dimensió humana, tant de la producció dels símptomes com de la seva interpretació clínica.

Una psiquiatria asocial i extramoral?

El procés d'objectivació o cosificacón és portat també al territori dels factors psicosocials. En principi, els nous DSMs indiquen que no s'utilitzin cri-

teris socials per definir un trastorn i l'elecció sembla assenyada perquè en cas contrari s'obre la porta a incloure judicis morals que poc poden aportar en el reconeixement i tractament de la psicopatologia. Ens referim al famós principi de la inadaptació social que poc pot contribuir a una clínica de la salut mental, ja que llavors, i per art de la moral majoritària o hegemònica, l'esclau que per exemple s'oposa a una societat esclavista es converteix en alienat. Ara bé, aquesta desiderata programàtica d'associalitat poc té a veure amb la realitat dels nous DSMs que no aconsegueixen aïllar el que és conductualment patològic del que és socialment normatiu.

Qualsevol lector atent dels nous DSMs pot observar la vulneració d'aquests mateixos principis en algunes nosologies. Per exemple, segons el DSM-IV-TR, per diagnosticar un "trastorn antisocial de la personalitat" es requereixen tres o més dels següents ítems:

- (1) "fracàs per adaptar-se a les normes socials",
- (2) "deshonestedat, indicada per mentir repetidament, utilitzar un àlies...",
- (3) "impulsivitat o incapacitat per planificar el futur",
- (4) "irritabilitat i agressivitat",
- (5) "despreocupació imprudent per la seva seguretat o la dels altres",
- (6) "irresponsabilitat persistent" i
- (7) "falta de remordiments".

On és aquí la neutralitat i la independència moral a la qual al·ludeixen els autors d'aquests manuals diagnòstics? Al DSM-III-R fins i tot s'arribava a

utilitzar com a criteri diagnòstic d'aquest mateix trastorn conductes com "no mantenir una relació totalment monogàmica durant més d'un any". Aquest judici ha desaparegut afortunadament dels criteris del DSM-IV, encara que no totalment, ja que s'utilitza com a exemple en el text que explica més a fons les característiques diagnòstiques d'aquest supòsit de trastorn. Però fixem-nos en les possibles combinacions de tres criteris, com la que segueix: "fracàs per adaptar-se a les normes socials", "deshonestedat, indicada per mentir repetidament, utilitzar un àlies..." i "falta de remordiments". És que aquesta combinació no és aplicable a qualsevol activista polític en la clandestinitat?

Evidentment alguna cosa falla en la congruència entre una ideal de asocialitat i la inclusió d'aquest tipus de criteris diagnòstics. I és que, com apuntava George Canguilhem a *La Connaissance de la Vie*, sempre subjau una dimensió moral i normativa a tot intent de definir el normal i el patològic (1992: 69). Aquest component normatiu és precisament el què aquí tracta de negar-se, fins a tal punt que allò social i allò moral reapareixen de forma irreflexiva, encara que, això sí, reconvertits ara en una mena de significants naturals a ser observats (signes) més que a ser interpretats (síntomes)...

Ser o tenir?

Un últim apunt que volem fer aquí és a la definició de trastorn mental com una cosa que és més del tenir que de l'ésser. En la mesura que els

DSMs treballen amb l'ideal biomèdic de les malalties somàtiques, el seu model és la malaltia que envaeix el cos del pacient i que ha de ser tractada. Amb aquest principi s'intenta trencar una assumptió tradicional que marginava a la psiquiatria pel costat del seu objecte de coneixement; és a dir: la idea de que les malalties físiques responen a un patir o a un tenir: "J pateix de cardiopatia isquèmica", mentre que els trastorns mentals són de l'ordre de l'ésser: "J és un esquizofrènic". En trencar amb aquest pressuposit, es fa possible un acostament ontològic i epistemològic entre les malalties físiques i psíquiques i, com a contrapartida, la marginació del model psicoanalític.

No obstant això, aquesta demarcació mostra greus contradiccions en els nous DSMs, perquè, què formarà part de l'ésser i què del patir? Si prenem com a referència alguns criteris de forma aleatòria observem coses del tipus: "És desconfiat", "és pessimista", "aplanament afectiu", "conducta desorganitzada", "sentiments de desesperança", "irritabilitat i agressivitat", "és irreflexiu en temes de moralitat, ètica o valors", entre molts d'altres. Fins i tot en categories que responen a trastorns associats més clarament amb una etiologia orgànica, com en l'esquizofrènia, també resulta problemàtic diferenciar entre allò que pot respondre a una anormalitat neuroquímica o orgànic-cerebral i allò que pertany a la idiosincràsia de l'individu en qüestió. On situar, per exemple, símptomes com l'aïllament social o l'aplanament afectiu? Quin serà el criteri exacte per diferenciar aquella en-

titat aliena que envaeix i altera l'equilibri orgànic i aquella altra que pertany al ser del pacient? Sens dubte, la resposta no és fàcil i, probablement, en el camp dels trastorns mentals sigui simplement impossible distingir entre ser i tenir. És més, encara que ho fos, en aquest tipus de situacions, de la mateixa manera que en les patologies somàtiques, una malaltia no és només el que és sinó el que es fa amb ella, i això inclou en primera instància al subjecte que habita el cos, que es presenta davant el clínic i que elabora símptomes com "No puc aixecar-me al matí" o "Em sento decaigut".

Un altre problema derivat d'aquest èmfasi en el tenir és la forma espectacular en què els nous DSMs afavoreixen la lectura de la comorbiditat o cohabitació d'espècies mòrbides en un mateix pacient, el qual pot patir una diversitat de "tenirs" psicopatològics. També el problema és aquí de discerniment entre aquests "tenirs", ja que: a quina categoria pertany la conducta agressiva del pacient, al seu trastorn esquizofrènic, al seu trastorn de personalitat o potser al seu trastorn per ús de substàncies?

La psiquiatria dels nous DSMs busca una compartimentació del sofriment humà en formes de tenir. D'altra banda, i com a resultat, s'allunya del *pathos* (el patiment), perquè dissol el subjecte en una miríade fragmentada de criteris diagnòstics i de nosologies. És la negació del que és humà tant en el subjecte pacient com en el subjecte clínic. El primer es converteix en una mena de nosa perquè el clínic abasti un saber de la malaltia i el segon es

transforma en un discriminador de criteris i de solucions medicamentoses. D'aquesta manera es nega la dimensió intersubjectiva de la clínica i el seu paper com a vincle. D'aquesta manera, també, la certesa mata a l'astorament; i ja deia Aristòtil que tot coneixement neix de l'astorament.

2.2. Mals usos, perversions i utilitzacions comercials del DSM

El DSM III va irrompre en el món de la psiquiatria a Catalunya als voltants de l'any 1980. Fins llavors, els professionals en formació es nodrien de les diferents fonts de la psicopatologia a les que tenien accés. En primer lloc, l'escola francesa representada per Henry Ey que era l'hereu natural dels grans psicopatòlegs francesos, de Clerambault a Capgras. En segon i tercer lloc l'escola germànica i anglosaxona, i en darrer lloc l'escola americana, producte simplificat de les dues anteriors.

Amb un progressiu desplegament de mitjans "propagandístics" venia a oferir-se com un "manual ateorètic" que resolva les enutjoses complicacions que sorgien de les diferents teories explicatives dels trastorns mentals (psicoanalítica, sistèmica, conductista i altres istes), i simplificava les condicions per fer estudis epidemiològics i d'altres tipus, per mitja del consens i de la "categorització per la descripció". Cada diagnòstic tenia un llistat de símptomes i se n'havia de tenir una quantitat determinada.

La veritat és que no s'hi va donar massa importància. Era una nova simplificació americana que podia ser útil en aspectes relativament marginals. També hi havia altres intents "racionalitzadors", criteris diversos, etc.

Certament, l'interès de les nosologies i classificacions és innegable, però la seva realitat, complexa i difícil, es dilueix necessàriament en les bones pràctiques clíniques. L'experiència clínica psicoanalítica, per exemple, és en sí mateixa a-nosològica, doncs és l'experiència de la vivència emocional subjectiva, intensa i reactualitzada. És en reflexionar-la després de ser viscuda, que reapareix la necessitat de classificar i ordenar per a poder ser mínimament rigorós i metòdic. Els extrems en els intents de classificar són: bé no classificar pràcticament res i parlar de la subjectivitat i de l'individu, negant allò comú; bé fer classificacions esbiaixades seguint el model mèdic a la recerca de causes específiques per a síndromes específiques, i per trobar una especificitat terapèutica.

Així doncs el problema, al nostre entendre, no és l'intent de classificar, sinó l'ús i les conseqüències pràctiques que es deriven de determinats tipus de classificació. I tornant al DSM, ben aviat es va fer palès que el "llançament" era de gran envergadura. El manual en versió adaptada al castellà i també en versió abreujada "de butxaca" van arribar ràpidament a tothom gràcies a les farmacèutiques. I el seu ús administratiu va començar a despuntar. Es prenia com una "codificació" dels trastorns, que simplificava procediments. La primera conseqüència va ser que el diagnòstic de trastorn de

personalitat, que tenia un eix diferent i podia coexistir amb altres diagnòstics, va iniciar la seva pròpia "epidèmia". Aquesta, sense cap criteri clínic, va ser de "curta durada", ja que al formar part de l'eix II i no considerar-se una "malaltia", i en ser el seu tractament d'elecció la psicoteràpia per sobre dels psicofàrmacs, ben aviat deixà d'interessar. Però repunta a l'aparèixer els *packs* terapèutics (Lineham, Kernberg, etc.).

Mal ús administratiu

El fet que s'anés generalitzant el seu ús administratiu va començar a obrir interrogants. Era un número, un "codi" que es posava al final d'un procés (al donar una alta o informar a alguna institució o a un altre servei), i hom s'adonava que es podien fer variacions en les inclusions en categories, en la seva gravetat, en la comorbilitat, etc. Els compartiments eren tant poc estancs que gairebé es podia posar un diagnòstic "a gust del consumidor". Un o més d'un. De fet, els DSM han passat de 106 diagnòstics al DSM I (1952) a 297 al DSM IV (1994). És a dir 191 diagnòstics més.

Aquesta variabilitat del diagnòstic és un primer fet constatable meridiana-ment si es veuen les històries clíniques de pacients que han passat per diferents serveis de salut mental. Díficilment els diagnòstics són coincidents de manera regular. Estem davant dels "diagnòstics per aproximació" que és un dels elements bàsics del DSM.

El mal ús o abús està servit. Sigui per obtenir alguna mena de prestació de l'Administració, o per aconseguir algun tipus de disminució de responsabilitat en l'àmbit judicial, la gran inespecificitat de les categories diagnòstiques dels DSM ho permet. I les conseqüències negatives poden ser aclaparadores.

Mal ús clínic

Hem parlat del mal ús que es pot fer amb la codificació diagnòstica, després de fer l'acte diagnòstic pròpiament dit. Però la progressiva implantació del DSM en la formació especialitzada ha generat encara més problemes. Tot i els advertiments (en "lletra petita") de que el manual no s'utilitzi com un "receptari de cuina", és a dir per persones que no estiguin ben formades, la veritat és que no és així. La simplificació en un terreny tant complex, ampli, de gran fondària i sovint tortuós com és la ment humana constitueix una gran temptació. No s'ha d'oblidar que la formació en psicopatologia i en tots els elements de l'acte diagnòstic en salut mental és també complexa i necessàriament de gran fondària. Potser no tots els professionals en formació estan disposats a passar per aquí, i volen una drecera. O potser són els formadors els que la utilitzen. Sigui com sigui, l'ús diagnòstic del DSM s'assemblaria a utilitzar taquígrafia abans de saber escriure.

La manca de criteri clínic es reafirma en la proposta de la nova versió (DSM

V) on el grup que treballa els trastorns de la personalitat feia sortir (abans de l'estiu 2011) el trastorn narcisista i després de l'estiu el tornava a fer entrar. Finalment (de moment) "només existeixen aquests trastorns de la personalitat: antisocial, evitatiu, límit, narcisista, obsessiu-compulsiu i esquizotípic".

Pel que fa a l'atenció als infants i les seves dificultats, un cert element d'indeterminació diagnòstica sempre és necessari donades les especials condicions de l'infant com són: el desenvolupament evolutiu, l'especialment viva patoplàstia i polisèmia de les presentacions clíniques, i la gran dependència de l'entorn. És a dir, la interdependència vital del medi i l'entorn s'integren sovint entre els factors causals. Per tant, el foment del "determinisme" diagnòstic el que fa és agreujar el pronòstic.

Mal ús comercial

En un primer moment corria el rumor de que el DSM havia sortit dels requeriments de les mútues americanes per tipificar i quantificar els pagaments dels serveis de salut mental. Com hem vist el DSM permet usos i abusos administratius, en aquest cas (el de les mútues americanes) per les dues parts.

Però és en el terreny de la indústria farmacèutica, especialment des de l'any 1992 (llei de patents del medicament) que el mal ús comercial esdevé una autèntica pandèmia.

La consideració del medicament com a bé de consum, enlloc de bé social o de servei, permet que tota la maquinaria industrial que persegueix el màxim benefici econòmic per a l'empresa, es posi en funcionament. Lluny de fomentar el desenvolupament i la innovació, teòrics motors de la llei, s'ha fomentat la recerca indiscriminada i sovint fraudulenta del benefici econòmic. El conflicte d'interessos bàsic en sanitat, que senyala que el benefici per la persona malalta ha de ser prioritari sobre qualsevol altre, es veu així invertit, o millor dit, pervertit. Amb unes conseqüències tràgiques, tant per l'economia dels sistemes sanitaris com, especialment, per a la salut.

Entre les diverses estratègies de la indústria per augmentar beneficis ens centrarem en una: la vida diagnosticada.

L'argument és molt simple: la invenció pura ("descobriment") de malalties i l'eixamplament arbitrari dels límits de les malalties existents, augmenta exponencialment el nombre de "clients" pels diferents medicaments.

Ex: el colesterol en sang, que no és una malaltia sinó un factor de risc, ha anat baixant els límits del que es considera perillós. A cada baixada el nombre de candidats als medicaments anticolesterol ha augmentat per desenes de milions.

Si això passa amb paràmetres "objectius", què pot passar amb paràmetres, símptomes, expressions de patiment, etc. de l'àmbit mental? Aquest és el

terreny abonat dels DSM.

Per començar, el 56% dels membres de les comissions per redactar el DSM IV tenien lligams amb la indústria farmacèutica. I en les comissions sobre trastorns afectius i psicosis (problemes crònics en que el tractament farmacològic és important) el percentatge dels lligams era del 100% (Cosgrove et al., *Psychotherapy & Psychosomatics*, 2006).

Per continuar, el propi Allen Frances, que va ser el cap del grup de treball del DSM IV, alerta del alt risc d'utilització mercantil de molts dels suggeriments dels experts que treballen en el DSM V. En les seves paraules:

“En termes de contingut, són més preocupants els molts suggeriments amb els que el DSM-V podria incrementar dramàticament les quantitats de trastorns mentals. Això apareix de dues maneres:

1a.- Nous diagnòstics que podrien ser extremadament comuns en la població general (especialment després del marketing d'una sempre alerta indústria farmacèutica).

2a.- Umbrals diagnòstics més baixos per molts trastorns existents.

El DSM-V podria crear desenes de milions de nous pacients mal identificats,

'falsos positius', augmentant així en un grau molt alt els problemes causats per un ja massa inclusiu DSM-IV. Hi hauria excessius tractaments massius amb medicacions innecessàries, cares i sovint bastant perjudicials. El DSM-V promou el que més hem temut: la inclusió de moltes variants normals sota la condició de malaltia mental, amb el resultat de que el concepte central de 'trastorn mental' resulta extremadament indeterminat".

Aquests comentaris d'Allen formen part de l'article publicat al *Psychiatric Times* l'abril de 2010, en el que detalla altres exemples del que ha dit. Inclou com a nous diagnòstics: "Síndrome de risc de psicosi" entre els més perillosos, i també "trastorn mixt d'ansietat depressiva", "trastorn cognitiu menor", "trastorn disfuncional del caràcter amb disfòria", i d'altres.

També passa el contrari: la reducció d'alguns diagnòstics, que com tot reduccionisme i sobresimplificació de la realitat clínica pot tenir, millor dit ja està tenint, greus conseqüències psicosocials. Com ja s'ha dit, molts pacients amb trastorns de la personalitat "deixaran d'existir" com a pacients. Si "cauen" el trastorn paranoide i el trastorn histriònic, aquests pacients diagnosticats prèviament, no seran tinguts en compte pel sistema sanitari. Estaran doblement "exclosos" i quedaran sense el tractament al que tenen dret i sense l'accés als drets socials (p. ex baixes laborals).

I entre els umbrals diagnòstics més baixos, destaquen: trastorn per dèficit

d'atenció, amb o sense hiperactivitat, el trastorn d'addicció, el d'espectre d'autisme i la medicalització del dol normal. El TDH, que banalitzava fins a un punt incongruent el diagnòstic psiquiàtric, arribava a confondre'l en el límit amb la inquietud i vitalitat pròpia dels cadells. A major benefici, per cert, de la dimissió de les funcions parentals i educatives. S'observa com, en un moviment anàleg i homogeni al de la inclusió de la infància i el nen com objecte i subjecte (per via parental) de consum, el nen és abordat i conceptualitzat com un potencial malalt o trastornat, presumpte beneficiari i probable consumidor per tant dels remeis que li siguin a l'abast.

Encara que una mica tard, doncs els anteriors DSM generaven problemes similars, aquesta crítica i la d'altres "autoritats" en psiquiatria que han defensat en el passat posicions properes a les ara criticades (Spitzer i en cert sentit Berrios), mostra clarament com la "criatura" DSM s'està convertint en un veritable monstre, fins i tot a ulls dels seus creadors. I no és un monstre retòric sinó un monstre que provoca moltes víctimes, doncs els medicaments no són innocus i la seva mala utilització és molt destructiva.

I finalment una referència a l'"efecte ateorètic", que lligat al mal ús clínic ja descrit i al reduccionisme "biomèdic", defensat aferrissada i interessadament per tota la formació vinculada a la indústria, genera un empobriment clínic devastador. A cada diagnòstic, un tractament farmacològic (*a pill for every ill*).

El futur

Tornant al inici, hauríem de poder reflexionar en tot el que hem perdut, les fonts de la psicopatologia, l'experiència de la vivència emocional subjectiva del pacient, el rigor diagnòstic enlloc de la precipitació... En aquests temps difícils en que la paraula crisi ocupa quasi tots els àmbits mediàtics, polítics i econòmics, ens convé molt poder destriar bé les diferents raons, causes i conseqüències dels mals que afecten la nostra salut.

Com a Comitè d'Ètica Assistencial volem convidar a tots els professionals a reflexionar sobre aquestes qüestions. Estan en greu perill la bona pràctica clínica, la sòlida formació dels professionals i la sostenibilitat del sistema sanitari. Necessitem recuperar la millor part de la nostre capacitat curativa per fer-nos càrrec de tantes amenaces a la salut, especialment (com hem senyalat) les que no provenen dels agents patògens naturals, i que són molt més difícils de conjurar.

Aquí cal recordar novament els principis de la Bioètica, especialment el primer: *Primum non nocere* o no maleficència, que degudament combinat amb un bon discerniment en cada conflicte d'interessos, permet sens dubte avançar en la bona direcció. Però per poder fer això, que és el nucli de la bona praxi clínica, és necessari haver-se format molt acuradament en totes les disciplines clíniques, obtenir quan sigui precís una bona supervisió, i

també poder compartir amb els companys els dubtes, reflexions i conflictes que constantment es fan presents en l'acte clínic, en el que cal preservar l'interès prioritari del bé del pacient. Impulsar la presència d'aquest àmbit (i hàbit) deliberatiu i reflexiu en el sí de tots els serveis clínics i equips de professionals, és una de les fites més importants que ens hem de plantejar aconseguir en aquests propers anys.





C/Aragó, 141 -143 4art

08015 Barcelona

Tel.: 93 238 62 47

A/E: info@fccsm.net

Web: www.fccsm.net