



Fundació CCSM

*Documentos de la Fundació
Congrés Català de Salut Mental*

COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL

**DERECHOS HUMANOS Y HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA
JORNADA POR UNA ÉTICA DE LA CAPACIDAD**

Barcelona, julio de 2016

Núm.
6

Documentos de la Fundaci3n

Congrés Català de Salut Mental

Comité de ética asistencial

*Derechos humanos y hospitalización psiquiátrica
Jornada por una ética de la capacidad*

Barcelona, julio de 2016

Núm. 6

Documento elaborado

por el Comitè de Ètica Asistencial 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

Coordinación editorial: Departamento de publicaciones de FCCSM

Maquetación e impresión: Pensódro, 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 PARTE

Derechos humanos y hospitalización psiquiátrica

(Noviembre 2014)

2ª PARTE

Jornada por una ética de la capacidad

(Diciembre 2011)

Índice

1ª PARTE

<i>Derechos humanos y hospitalización psiquiátrica</i>	11
1. Introducción	12
2. Antecedentes	16
3. El ingreso psiquiátrico en el modelo de tratamiento comunitario	20
3.1. Cuestiones que influyen en su viabilidad	24
3.1.1. Vivencias de los pacientes, de la familia, de los profesionales	24
3.2. Reflexiones en torno al ingreso en una unidad de agudos	26
3.2.1. Adultos	26
3.2.1.1. Acogida y acompañamiento en el ingreso	29
3.2.2. Niños, adolescentes y jóvenes	32

<i>4. Consecuencias jurídicas y legales del ingreso psiquiátrico</i>	38
<i>5. Conclusiones y recomendaciones</i>	44
5.1. Información y formación a los profesionales	44
5.2. Aspectos que facilitan el ingreso y la continuidad asistencial tanto en adultos como en niños y adolescentes	44
5.3. Aspectos específicos a tener en cuenta en la hospitalización de niños y adolescentes	47
5.4. Condiciones de la hospitalización y medidas de protección en el momento del alta	48
5.5. Intervención y papel del juez en la hospitalización psiquiátrica	49
<i>6. Bibliografía</i>	50

2ª PARTE

<i>Jornada por una ética de la capacidad</i>	53
1. <i>Por una ética de la capacidad</i>	54

1.1. Incidencia de la convención de las Naciones Unidas sobre “Los derechos de las personas con discapacidad” (Nueva York, 2006) dentro de nuestra legislación _____	54
1.2. Incidencia de la Convención de las Naciones Unidas “sobre los derechos de las personas con discapacidad” (Nueva York, 2006) y sus repercusiones en el ámbito de la atención a las personas con problemas de salud mental ____	62
2. <i>La vida diagnosticada</i> _____	74
2.1. Las palabras no son cosas. Los DSMs y la disolución del sujeto _____	74
¿Es posible una clasificación atórica? _____	76
¿Signos o síntomas? _____	77
¿Una psiquiatría asocial y extra moral? _____	79
¿Ser o tener? _____	81
2.2. Malos usos, perversiones y utilizaciones comerciales del DSM _____	83
Mal uso administrativo _____	85
Mal uso clínico _____	86
Mal uso comercial _____	88
El futuro _____	92

1ª PARTE

Derechos humanos y hospitalización psiquiátrica

1)

Este documento es el resultado de un trabajo de análisis y reflexión desarrollado en el marco del Comité de Ética Asistencial de la Fundación Congreso Catalán de Salud Mental (CEA FCCSM) a lo largo del año 2013. Durante dicho periodo, los miembros del CEA valoramos la situación de la hospitalización psiquiátrica en Cataluña y sus efectos sobre la vida de pacientes y familiares a través de la reflexión, los testimonios de actores clave, la comparación con otros contextos nacionales y el debate. El objetivo fue recoger y difundir, en la forma de un texto breve, algunas propuestas y recomendaciones sobre los derechos del paciente, incluyendo el respeto a este y a sus familiares, la escucha atenta por parte de los profesionales, la transmisión de información clara y veraz a usuarios y familiares, el fomento de la autonomía y el buen uso del consentimiento informado, entre otros principios que deben guiar la atención en salud mental en general y los ingresos hospitalarios en particular.

La hospitalización psiquiátrica es una temática que genera inquietud a los usuarios y familiares y que pide una mayor implicación y respeto a los derechos y garantías de la persona. Como ha indicado la Comisión de Expertos que hizo la “Revisión de la Convención de las Naciones Unidas” en España, la vulneración de derechos sigue estando presente en las prácticas de hospitalización. Esta situación es extremadamente preocupante.

La hospitalización suele ser un momento de gran vulnerabilidad para el paciente, ya que en él confluye tanto un problema previo de salud mental como un estado de inquietud, ansiedad y temor ante el ingreso. Esto es así en los casos de hospitalización voluntaria, pero especialmente en los de ingreso involuntario. Es por ello que la acogida del paciente debe ser especialmente sensible a estas circunstancias. La hospitalización es el momento central en que el personal asistencial debe desplegar toda su capacidad para actuar con el máximo respeto, velando por los derechos de la persona; derechos que suelen ser vulnerados con más facilidad cuando confluyen circunstancias de “involuntariedad” por parte del paciente.

Los valores éticos en la práctica clínica deben ser una prioridad para los profesionales, incluyendo el respeto a los derechos de la persona. La “Convención de los Derechos Fundamentales de las Personas con Discapacidad” Naciones Unidas 2006, el artículo 212 y siguientes del Código Civil de Cataluña, que regula los ingresos, y el artículo 763 de la “Ley de Enjuiciamiento Civil”, así como la “Ley de Autonomía del Paciente” del año 2000 y la “Ley de Autonomía del Paciente” de 2002, son textos legales, entre otros, que deben ser objeto de reflexión y formación para todos los profesionales de la salud mental. Sin embargo, se produce en nuestro contexto un sorprendente —y casi podríamos decir inquietante— desconocimiento de los textos legislativos, las normativas internacionales y los códigos éticos y deontológicos por parte de la mayoría de los profesionales de la salud

mental. El vacío en estas materias invade gran parte de los servicios asistenciales. Es por eso que nos hemos propuesto con este texto motivar la reflexión en torno a los temas éticos y legales.

Esperamos que nuestras recomendaciones y observaciones puedan ser recogidas y debatidas por los lectores con el objetivo final de impulsar una mejora de la calidad y la ética asistenciales.



2)

En la revisión efectuada en España en septiembre de 2011 por la Comisión de Expertos de la Convención de Naciones Unidas se muestra la inquietud por los derechos de la persona con discapacidad en España y por el incumplimiento de la Convención, a pesar de haber sido ratificado por nuestras autoridades en 2007. La Convención de Naciones Unidas hace las siguientes observaciones:

- 1) **Observación N° 36:** donde, y en alusión al Artículo 14 de la Convención de Naciones Unidas, se recomienda en España que revise las “disposiciones legislativas que autorizan la privación de libertad por motivos de discapacidad, incluidas las mentales, psicológicas o intelectuales”. Se recomienda que el Estado también derogue las disposiciones que autorizan el internamiento forzoso y que adopte medidas para que los servicios médicos y todos aquellos relacionados con la salud mental se basen en el “Consentimiento Otorgado con conocimiento de causa del Interesado”.¹

- 2) **Observación N° 31:** donde se muestra inquietud por la insuficiencia de protocolos específicos para las personas con discapacidad en situaciones de emergencia.

1. Véase también la Propuesta de regulación del artículo 763 por la Comisión de Ética y Legislación de la Asociación Española de Neuropsiquiatría presentada en 2012.

- 3) **Observación N° 34:** donde se recomienda en nuestro país que “se revisen las leyes de Guarda y Tutela y se reemplacen los regímenes de Sustitución en la **adopción de decisiones por una Asistencia en “la toma de decisiones” que respete** la autonomía, la voluntad y las preferencias de la persona”.

- 4) **Observación N° 39:** donde se muestra preocupación por “la falta de recursos y de servicios que garanticen el derecho a vivir de forma independiente en la Comunidad”, así como el derecho de acceso a los Servicios Sociales con “un grado específico de discapacidad”.

De acuerdo con el artículo 14 de la Convención de las Naciones Unidas, que versa sobre la libertad y seguridad de la persona, y con anterioridad a él, desde nuestro Comité de Ética Asistencial ya realizamos en el año 2005 un estudio sobre medidas restrictivas y de contención en la hospitalización psiquiátrica. En dicho estudio observamos como ejemplos de posible vulneración de derechos las medidas restrictivas, especialmente la contención mecánica y / o el aislamiento.²

Adicionalmente identificamos otras situaciones que pueden suponer la vul-

2. Véase el estudio sobre este tema que realizó este mismo CEA en el año 2005. En el que revisamos las Garantías y Derechos, así como la excepcionalidad de las medidas que se deberían llevar a cabo antes de tomar una decisión de restricción que sin duda vulnera el derecho a la libertad y decisión de la persona. El paciente en restricción hay a estar el tiempo más breve posible y permanentemente acompañado por personal sanitario.

neración de derechos en la práctica asistencial como:

- El posible abuso de los ingresos involuntarios.
- La medicación excesiva, obligatoria y / o sin autorización de la persona o sin amplia información de la misma.
- Las restricciones de visitas y de accesos al aire libre.
- La escasa información al paciente sobre el tratamiento al que será sometido, o
- La “pobre” implementación del consentimiento informado como derecho fundamental del usuario a lo largo de toda su evolución clínica.

En el trasfondo de estas situaciones está presente, entre otros factores, el estigma y los prejuicios en torno a la recuperación de la persona con trastorno mental, los cuales invaden la práctica clínica y pueden generar una vulneración de los Derechos Fundamentales del usuario.

Las últimas décadas la sociedad civil de nuestro entorno (usuarios y familiares) han sido activos en la promoción del asociacionismo en defensa de sus derechos. Estas asociaciones solicitan cambios de prácticas asistenciales que afectan también a la hospitalización psiquiátrica. Tanto este movimiento como la revisión de la Convención de Naciones Unidas se convierten en estímulos para cambiar nuestro frágil panorama asistencial.

En este documento nos proponemos subrayar que el conocimiento de los textos legales, normas y códigos deontológicos y éticos por parte de los profesionales es esencial para el buen ejercicio profesional. También para favorecer que la ética asistencial, el respeto y la defensa de los derechos de la persona atendida guíen la práctica clínica.



3)

El ingreso psiquiátrico en el modelo de tratamiento comunitario

En cuanto a los derechos humanos, el derecho internacional reconoce la protección de las personas sin distinción por etnia, sexo, idioma, extracción social, religión u otras características que son o pueden ser motivo de discriminación. Por lo tanto, las personas con algún tipo de discapacidad mental tienen este marco global de protección. Adicionalmente, la salud mental ha sido declarada una prioridad en el seno de la Unión Europea mediante la Declaración de Helsinki de enero de 2005. Esta Declaración pone énfasis en el respeto de los derechos humanos y en la implementación de modelos de atención de base comunitaria y multidisciplinari.

La atención a la salud mental de la población debe basarse, así, en un modelo comunitario orientado a las necesidades de las personas y con una atención más preventiva y proactiva. Implica un abordaje integral que conlleva la imprescindible coordinación y articulación de diferentes profesionales, de diferentes servicios y también de diferentes redes en un marco territorial donde la continuidad asistencial esté garantizada. Y ello a pesar de que esta continuidad, queremos subrayar, está constantemente amenazada.

Está amenazada por fragmentaciones de edad, de ámbito de actuación (primaria, hospitalaria, de rehabilitación, etc.), de red (salud mental / adicciones, red de bienestar social, etc.), de proveedores de servicios, así como por desconfianzas

y rivalidades entre profesionales, entre servicios, y también entre concepciones expertas del trastorno mental y del tratamiento más adecuado en cada caso.

La pluralidad de necesidades de nuestros pacientes hace que sea imprescindible la intervención de diferentes profesionales y disciplinas en el diseño de proyectos e itinerarios terapéuticos que a menudo deben incorporar recursos que van más allá de lo que es estrictamente "asistencial".

Integralidad y continuidad son dos ejes fundamentales a las intervenciones en salud mental y constituyen un reto constante para el desarrollo de la actividad profesional. En el año 2010 se presentó el "Plan Integral de Atención a la Salud Mental" desarrollado por la Generalidad de Cataluña con representación de nueve de sus departamentos (Presidencia, Salud, Acción Social y Ciudadanía, Trabajo, Medio Ambiente y Vivienda, Gobernación y Participación), así como entidades proveedoras, asociaciones de profesionales, usuarios y familiares. El Plan se presentó como un instrumento facilitador del desarrollo de las líneas de actuación en el ámbito de la salud mental, las cuales requieren la articulación de recursos a nivel intersectorial e interdepartamental. A pesar de las expectativas que despertó, el Plan está lejos de ser implementado.

El psiquismo se estructura a partir de la interrelación de la persona con el entorno. Cuanto más afectada está la persona más alterados están sus

vínculos, necesitando de más apoyo para reorganizar su funcionamiento mental. La intervención profesional se dirige a ayudar a la persona a entender lo que le está pasando, y a aportar estrategias terapéuticas específicas que favorezcan su recuperación. Todo ello en un nuevo marco relacional: el de la relación asistencial, la que debe facilitar a la persona nuevas maneras de funcionar, así como generar la expectativa y la esperanza de que es posible un cambio de la situación de malestar y sufrimiento. Se trata de potenciar los aspectos de salud, que siempre, en mayor o menor medida, están presentes en las personas, y fomentar que puedan realizar una vida activa, con relaciones satisfactorias, haciendo frente a las dificultades y los cambios que la vida conlleva. Ahora bien, poder asumir las propias dificultades, el propio trastorno o enfermedad es un proceso que requiere de un trabajo terapéutico continuado en el que se implique al paciente en la toma de decisiones que le competen. Para ello hay que contar con una amplia oferta asistencial, la cual debe incluir tratamientos psicoterapéuticos, programas de gestión de casos (PSI), tratamientos rehabilitadores y tratamientos farmacológicos; en definitiva, tratamientos combinados, tal como se recomienda en la mayoría de guías de práctica clínica.

Aunque se promueve que la atención a la salud mental de la persona se realice en su entorno más cercano para preservar al máximo su funcionamiento y sus vínculos, hay situaciones en las que el trastorno mental impacta en muchos ámbitos de la vida, alterando la capacidad de afrontamiento

por parte del paciente y dañando su relación consigo mismo y con el entorno. A veces la atención al domicilio por parte de los profesionales del Centro de Salud Mental (CSMA) puede favorecer la remisión de la crisis y la continuidad en el tratamiento ambulatorio. Sin embargo, en situaciones de mayor alteración, el profesional puede valorar que la persona necesita de un internamiento psiquiátrico con el objetivo de ofrecer un entorno contenedor de menor exigencia, en el que pueda reorganizar su funcionamiento mental y reconstruir los vínculos dañados.

El ingreso se produce, por tanto, en un momento de alta fragilidad y vulnerabilidad de la persona, ya que los recursos personales utilizados hasta el momento y el apoyo de su entorno socio familiar se han mostrado insuficientes.

Los desencadenantes que generan una desestabilización psiquiátrica son muy variados: la reagudización psicopatológica por conflictos intrapsíquicos o relacionales, la interrupción del tratamiento, los estresores sociales (como la ausencia o pérdida del trabajo, preocupaciones económicas, etc.). Y todos ellos pueden contribuir a generar una situación de sobre-exigencia que sobrepase los recursos de adaptación del paciente y de su entorno. Los aspectos sociales inherentes tanto al desarrollo como a las consecuencias del trastorno mental deben tomarse en consideración y abordar íntegramente en el plan de tratamiento, ya sea en el ámbito ambulatorio como, y especialmente, en las unidades de hos-

pitalización, a fin de proporcionar un entorno vital que favorezca la salud.

3.1. Cuestiones que influyen en su viabilidad

Las vivencias entorno al ingreso son muy diversas, ya que dependen de la percepción que el paciente y la familia tienen de lo que está pasando, de la duración y calidad del vínculo con el equipo asistencial que indica el ingreso, de las características clínicas que lo motivan, de las experiencias anteriores (propias o conocidas por terceros) en relación al internamiento, de las expectativas en torno al mismo y del conocimiento del servicio donde se producirá el ingreso. Hay que considerar todos estos aspectos tanto en el proceso de indicación del ingreso por parte del equipo que deriva, como en la recepción del paciente y la familia por parte del equipo de la unidad de hospitalización.

3.1.1. Vivencias de los pacientes, de la familia, de los profesionales

Varios son los protagonistas de esta situación de ingreso (los usuarios, las familias, los profesionales, los servicios, etc.) y estos difieren en sus vivencias y necesidades ante el mismo hecho.

En este escenario, las necesidades del paciente pueden no coincidir con las de la familia. En caso de que el paciente acepte la presencia de algún

miembro de la familia en la situación de ingreso, será necesario que no se convierta en una forma de “sustituir” el paciente como interlocutor ni se deleguen en la familia responsabilidades de los profesionales. La información veraz en relación al objetivo del ingreso, su procedimiento y los beneficios esperables, ayudan al paciente y a la familia a vivir este momento con menos ansiedad anticipatoria. Asimismo, el contacto y coordinación directa entre los profesionales de los servicios cuando se indica un ingreso, resulta imprescindible para transmitir el trabajo realizado hasta el momento con el paciente en el ámbito ambulatorio (los proyectos exitosos y aquellos que fracasaron, el apoyo que puede proporcionar el entorno del paciente, etc.), así como para perfilar la continuidad asistencial después del alta, que puede requerir la intervención de otros recursos de atención.

La calidad de la relación entre los profesionales y entre los servicios, el respeto mutuo, el apoyo organizativo por parte de las instituciones y el reconocimiento de cada servicio como parte de un elemento de continuidad en el itinerario del paciente en la red asistencial, contribuyen a consolidar las experiencias de trabajo en red y su buen funcionamiento.

3.2. Reflexiones en torno al ingreso en una unidad de agudos

3.2.1. Adultos

Un ingreso psiquiátrico, ya sea voluntario o involuntario, es la consecuencia de la insuficiencia del tratamiento ambulatorio y / o comunitario. En la mayoría de los casos los ingresos son por riesgo de auto o heterolítica, o por crisis de agitación, generalmente de tipo psicótico. De todos modos la mayor o menor complejidad del ingreso viene determinada en gran medida por la voluntariedad. Lo que suele ser más complejo es el primer ingreso involuntario, seguido del primer ingreso voluntario. A continuación se sitúa el reingreso involuntario y finalmente el reingreso voluntario.

Siempre es importante conocer bien los términos de la derivación y deducir de estos el tipo de vinculación con la institución que tiene el profesional o equipo que deriva, dado que esta vinculación (positiva, negativa, neutra, etc.) se deberá transmitir al paciente derivado. De ahí la importancia de una buena preparación para el ingreso por parte de los dispositivos externos.

Se trata de ofrecer una contención adecuada al tipo de sintomatología predominante. Para ello es imprescindible realizar una buena acogida, especialmente si estamos ante un primer ingreso en el que los protagonistas no se conocen en absoluto. Los profesionales deben ser conscientes del

rechazo general y el miedo que genera una sala de hospitalización por trastorno mental y tratar de minimizar su impacto, convirtiendo un lugar hostil en, al menos, un espacio mínimamente acogedor. Este proceso requiere de la acción e implicación de todo el equipo, más allá de la diversidad profesional, disciplinar, de turnos, etc. De ahí la importancia fundamental de las reuniones de equipo, ya que éstas no son sólo un requerimiento formal y protocolario, sino un instrumento de consenso respecto a la posición / actitud técnica que debe ser tomada en cada caso. El objetivo es contener la ansiedad básica, incluyendo las eventuales medidas farmacológicas, pero también generar confianza y esperanza.

Independientemente de la actitud aparente, de la sintomatología y del trastorno de base, el paciente suele estar esencialmente asustado ya que ha sido conducido a un lugar desconocido, el cual se corresponde en el imaginario social y cultural con un espacio truculento, sobrecogedor y poco ordinario. Por esta razón una posición demasiado defensiva por parte del equipo puede dar pie a una espiral persecutoria en el paciente.

Alternativamente, una posición demasiado confiada o imprudente puede generar más agitación o potenciar cierta percepción de desbordamiento y falta de límites. Cabe resaltar que la responsabilidad principal de “marcar la tendencia” la tiene el médico de guardia, quien, al igual que el resto de profesionales, debe tener suficiente formación teórica y técnica para poder hacerse

cargo del ingreso y sus particularidades. El equipo de trabajo debe ser pensado como un grupo de profesionales de diversas disciplinas, donde cada uno tiene unas determinadas características y habilidades, pero que conforman un conjunto coherente, complementario, cohesivo y de respeto mutuo.

Es importante conocer la situación y la posición de la familia, así como la actitud del paciente en relación a ella. Si la derivación está relacionada directamente con algún conflicto familiar se debe extremar la prudencia, especialmente al pactar el régimen de visitas. En caso de que no haya un conflicto relevante, y en función de las características de la unidad de ingresos y de la implicación de la familia, se pueden establecer acuerdos de acompañamiento familiar.

El ingreso o reingreso voluntarios no suelen ofrecer especiales dificultades, ya que son personas conscientes de su problema y quieren resolverlo. Sin embargo, hay que ser muy claro en los planteamientos, condiciones del ingreso y perspectivas o pronóstico, ya que la falta de una información veraz al paciente o los mensajes ambiguos pueden promover una relación de desconfianza y enmarañamiento que será difícil de desanudar en el futuro.

El reingreso involuntario de personas ya conocidas por los profesionales y que se encuentran en situaciones recurrentes corren el riesgo de hacerse de forma automática, con prejuicios y sin una exploración clara y amplia de

la situación y, por tanto, de generar malentendidos y desconfianza. En estos casos el ingreso se hará como si fuera (ya que de hecho lo es) una situación nueva, aunque guarde similitudes con situaciones anteriores. La experiencia previa con el paciente puede dar la opción de transformar el ingreso en voluntario, pero esto debe hacerse de manera clara, sin dar información errónea o insuficiente, o por razones puramente administrativas.

Finalmente es relevante señalar que el primer ingreso involuntario es lo que necesita de forma más precisa la aplicación de todas las consideraciones expuestas y añadió que la seguridad es un tema que merece un tratamiento específico.

3.2.1.1. Acogida y acompañamiento en el ingreso

La aproximación de los profesionales debe ser holística y biopsicosocial. Esto es especialmente necesario para los profesionales que desarrollarán un mayor seguimiento del paciente durante el ingreso, como es el caso de los diplomados en enfermería y auxiliares psiquiátricos. La valoración profesional debe evitar los condicionamientos y prejuicios, especialmente si se trata de pacientes en reingreso, y el trato debe ser siempre respetuoso, cordial y atento, brindando al paciente el tiempo que necesite para resolver dudas, conocer la habitación y entender el funcionamiento de la unidad. Hay que resaltar la importancia de revisar sus pertenencias siempre delante de él.

Los profesionales que trabajan en el mismo servicio desde hace años suelen sentir el espacio de la unidad como “familiar”. Es importante considerar que esta misma seguir familiaridad debe comportar que los pacientes se sientan acogidos, y no sólo ante los demás pacientes y de su propio malestar. Por otra parte, la valoración de enfermería debe ser completa, indagando en todos los aspectos con el objetivo de detectar necesidades que puedan estar alteradas.

Hay algunas actitudes que hay que tener en consideración, como evitar los juicios y las etiquetas. La dinámica hospitalaria puede impregnar nuestro lenguaje de prejuicios, aunque sea de forma involuntaria e inconsciente. Por ello conviene revisar nuestras narrativas profesionales y la forma de comunicarnos con los pacientes. Expresiones como “es un esquizofrénico” implican una mirada parcial y deshumanizada del paciente que condiciona nuestra actitud delante de él y también nuestra intervención y los efectos que tendrá la misma. Es imperativa una aceptación incondicional de la persona, más allá de la enfermedad o trastorno.

El síntoma es la expresión del malestar o de la patología, pero no es la única realidad a valorar. Hay que evitar también una percepción parcial en las situaciones en que los profesionales se sienten incomodados por determinados síntomas y como respuesta automática acuden a la medicación extra. En este tipo de escenarios la valoración de enfermería es vital como

instrumento reflexivo que evite malas prácticas o un trato y un tratamiento deshumanizado.

La organización de las unidades de hospitalización, especialmente las unidades grandes y su complejidad, es un reto para enfermería. Actualmente tenemos toda la patología con todos los gradientes de gravedad, pero no contamos con una “UCI” donde asistir al paciente que necesita de cuidados más intensivos y continuados. El reto consiste en saber qué hacer para poder atender a cada uno de la mejor manera posible.

El ambiente de la unidad es muy importante y debemos velar para que sea el máximo de contenedor y normalizado para los pacientes ingresados. Las normas de funcionamiento y los horarios pueden afectar negativamente a los pacientes, especialmente cuando parece que el paciente debe adaptarse siempre a nuestros horarios. Tenemos que trabajar para que esta organización de horarios y normas se pueda armonizar, y así lograr que el profesional pueda organizar su trabajo diario sin perjudicar al paciente. Se podrían citar algunos ejemplos de situaciones en las que se priorizan normas y horarios en detrimento de la atención. En este aspecto hay que señalar los momentos de riesgo de discontinuidad asistencial que suponen los cambios de turno, los fines de semana y las vacaciones. Debemos asegurar en todo momento la atención que necesita el paciente, sin utilizar medidas mecánicas de contención para sustituir el acompañamiento.

Finalmente vale la pena resaltar la importancia del personal de enfermería en su rol principal figura de proximidad. Su intermediación resulta imprescindible para la consecución de cualquier objetivo terapéutico.

3.2.2. Niños, adolescentes y jóvenes

Es un dato conocido que al menos el 25% de las urgencias psiquiátricas de niños y adolescentes tienen como indicación final la hospitalización psiquiátrica del menor. El ingreso hospitalario debe garantizar la efectividad del tratamiento y ser indispensable, en el sentido de que no haya una alternativa extra hospitalaria que ofrezca el mismo beneficio.

El recurso a la hospitalización se produce, o bien cuando se detecta una situación de urgencia (principalmente por riesgo de la integridad psíquica o física del afectado, eventualmente también frente a terceros)¹, o bien cuando los otros niveles asistenciales, aunque bien coordinados, se muestran insuficientes para asegurar el progreso en el tratamiento y la mejora del paciente.

Si se trata de una primera intervención asistencial (y también si no es así), durante el ingreso se tendrán especialmente en cuenta los aspectos informativos de lo que conlleva para el paciente y su familia la entrada a los servicios

1. Recordemos que cualquier intervención con menores ha de ser regida por la finalidad del supremo bien del menor.

de salud mental, ya que la negación de la enfermedad mental en la infancia (y también en la adolescencia, aunque quizá en menor medida) está muy extendida. Algunas de las razones de esta negación son: dinámicas intrafamiliares, adultocentrismo / idealización de la infancia, negación del mal en los niños “inocentes”, discurso social, negación por parte de la familia de las razones de causa vivenciales que puedan haber intervenido en el proceso mórbido, etc.

La intervención que implica hospitalización es un acontecimiento trascendente y por tanto nada banal en la historia y biografía de un menor. Es por ello que debe estar a la altura del reto que supone para el equipo asistencial y que engloba tanto prestar atención al menor y al problema que le afecta y que ha sido motivo del ingreso, como considerar los padres y el entorno primario del que depende. Si evitamos conceptualizaciones simplistas del trastorno mental y admitimos, sin más, que el desarrollo del psiquismo humano es el resultado de la interrelación del equipamiento psicofísico, genético, anatómico, etc. y de su entorno, entonces tendremos que prever, también en situación de ingreso hospitalario, un trabajo familiar que deberá ir más allá del cuidado y acompañamiento del paciente. De la complejidad de la situación, caso por caso, se desprenden diferentes niveles de actuación terapéutica. Más allá de los aspectos de hostelería y de adaptación a la vida cotidiana en un medio desconocido e incluso vivido como hostil, la orientación de trabajo conjunto con el grupo primario (por ejemplo indicaciones de incomunicación total, parcial o nula) respecto a la familia debe plantearse en el contexto de un plan indi-

vidualizado y formando parte de una estrategia terapéutica singular. Se trata en definitiva de que el ingreso constituya una oportunidad y un instrumento para facilitar la resolución de una problemática que sobrepasará el ingreso, y evite que aparezca en el mito familiar y personal como un acontecimiento vergonzante o un episodio que es mejor no mencionar, alejándonos por tanto de la vertiente “disuasoria” y punitiva del ingreso, a pesar de las inevitables restricciones que conlleva. En definitiva, se trata de asegurar la incorporación (durante el ingreso y posteriormente) de los padres en el proceso en curso con el fin de mejorar el estado de salud mental del menor.

En la hospitalización parcial (postingreso o no) en régimen de hospital de día es donde a menudo se detectan dificultades que la situación de ingreso total puede ocultar. Aunque las formalidades para el ingreso parcial son análogas a las del ingreso total (ya que se trata de unidades no cerradas que requieren el consentimiento informado del paciente y su familia) no es preceptiva la comunicación al juzgado correspondiente. La familia, a propuesta médica, debe asumir la plena responsabilidad del ingreso, que inevitablemente entrará en conflicto con la escolarización (sobre todo en las etapas de enseñanza obligatoria). El riesgo de “depositación” del paciente en el servicio o unidad para que mejore (que los profesionales lo curen) sin su presencia o implicación es alto por parte de los padres y familia. Cabe destacar, por otra parte, que la participación de los padres en los tratamientos del hijo con trastorno mental no constituye un derecho consolidado, aunque menos en el actual período

de "crisis". En cualquier caso, la tendencia a la desvalorización de la psicopatología que afecta a un menor menudo conlleva y es paralela a un discurso educativo ingenuo (ya aprenderá, de mayor lo comprenderá...) y a una mayor relevancia del discurso médico (farmacológico) predominante que dificulta o incluso llega a obstaculizar la toma de conciencia y la responsabilización del sufrimiento psíquico, vital y de conducta que conlleva el trastorno mental.

Actualmente, debido a la necesidad de protección jurídica al menor, las leyes establecen la obligatoriedad de la autorización judicial para la hospitalización, negando la validez del consentimiento que puedan dar tanto los menores como sus tutores legales.

La mayoría de las hospitalizaciones psiquiátricas de un menor de edad se realizan con carácter de urgencia y tienen una serie de características:

- Si no hay una autorización judicial previa, hay que informar al juez en un plazo no superior a las 24 horas.
- En caso de desacuerdo entre la opinión médica y la de los padres o tutores legales, el criterio que prevalece es el del médico.
- En tratamientos con algún tipo de riesgo, aunque éste sea menor, la persona que tenga la patria potestad debe dar su consentimiento por

escrito. Los menores tienen derecho a recibir información adecuada en relación al tratamiento médico a que estén sometidos, de acuerdo con su edad, madurez y estado psicopatológico y afectivo.

- En caso de padres separados que compartan la tutela o la patria potestad ambos tienen derecho a recibir la información.
- Cuando la tutela legal la tenga la Administración la información a los padres requerirá el consentimiento previo de la Administración.



Consecuencias jurídicas y legales del ingreso psiquiátrico

4)

El internamiento psiquiátrico conlleva una privación de libertad que, sobre todo cuando se produce de forma involuntaria, tiene consecuencias jurídico-legales al entender que esta privación de libertad es equiparable a la detención (sentencias Tribunal Europeo de Derechos Humanos). En España se encuentra regulado en el artículo 763 de la LEC y en el artículo 212 del Código Civil de Cataluña. El referido código civil legislación, asimismo, el ingreso voluntario y a que el mismo puede convertirse en involuntario a criterio médico si se entiende que hay un grave peligro para la integridad física o la vida del paciente.

La intervención judicial viene dada por el derecho a la protección del derecho fundamental de la libertad. Sin embargo, cuando se prolonga el internamiento éste queda sujeto a una regulación administrativa que está conformada por normas de especial sujeción de la legislación germana, adaptada a la regulación de las instituciones totales.

En cuanto a la regulación de los internamientos involuntarios, nos encontramos en estos momentos en una situación que genera varias paradojas:

- 1) El juez no puede constatar la hipotética vulneración de derechos fundamentales que se puedan producir durante el internamiento “al

margen de la privación de libertad”. El paciente queda así a merced de la correcta interpretación por el personal sanitario del centro.

- 2) El Tribunal Constitucional ya se pronunció hace tres años sobre la inconstitucionalidad del artículo 763 de la LEC por no reunir los requisitos de una ley orgánica, por lo que es imprescindible y urgente una nueva regulación del citado artículo.
- 3) Las disposiciones administrativas sanitarias que regulan los ingresos psiquiátricos quizá tengan que ser diferentes, por razón de patología, de otras materias somáticas, pero no por ello deben comportar restricciones innecesarias de los derechos del paciente.

El protocolo facultativo de la Convención de Naciones Unidas de los Derechos de la Persona con Discapacidad (NY, 2006) propugna una nueva filosofía, una nueva forma de ver a las personas que sufren discapacidad propiciando el principio de autonomía de las mismas, estableciendo entre otros los siguientes derechos:

- Conservar la capacidad de obrar de la persona (art. 12).
- Respetar su autonomía y dignidad (art. 3).
- Derogar las prácticas que lleven a la discriminación (art. 4).

- Acceder a la justicia en igualdad de condiciones (art. 13).
- Tener derecho a elegir dónde y con quién vivir (art. 19).
- Disponer de igualdad de derecho a poseer y controlar su economía (art. 12).
- Ofrecer apoyos de acuerdo a su personalidad, anhelos y habilidades naturales.

Y en relación a los trastornos mentales, los pacientes:

- Deben ser tratados en igualdad de condiciones a los demás y de conformidad con los objetivos (art. 14.2).
- No deben sufrir tratos degradantes o vejatorios (art. 15.1).
- No deben ser sometidos a experimentos médicos sin su consentimiento (art. 15).
- Deben tener acceso a servicios de asistencia domiciliaria y residencial, y de otros servicios de apoyo a la comunidad, incluida la asistencia personal, para evitar su aislamiento o separación de la comunidad (art. 19.b).
- Los servicios deben facilitar la accesibilidad a los centros de salud que el paciente necesite como consecuencia de su discapacidad (art. 25.b).
- Los profesionales deben actuar con los pacientes con la misma calidad de servicio que con pacientes de otros tipos de patologías. Es decir: con consentimiento libre e informado, dignidad, autonomía y capacitación (art. 25.e).
- Los servicios deben disponer de programas generales de habilitación y

rehabilitación en ámbitos de salud, empleo y servicios sociales (art. 26.1).

- Los servicios deben proteger el derecho al trabajo en condiciones justas y favorables (art. 26.1.b), alentando las oportunidades y dando soporte a los usuarios en la búsqueda y mantenimiento de empleo (art. 26.1.e).

A pesar de que este tratado internacional fue suscrito por España en 2008, el comité de expertos de Naciones Unidas en septiembre de 2011 emitió un informe sobre la adecuación de nuestro estado a la Convención con recomendaciones en referencia a la materia de estudio. Concretamente se indica:

- Inquietan los malos tratos, según se informa, de los que son objeto las personas con discapacidad internadas en centros residenciales u hospitales psiquiátricos. Preocupa, asimismo, que se tienda a recurrir a medidas urgentes de internamiento (recomendación 35).
- Se recomienda al estado que revise sus disposiciones legislativas que autorizan la privación de libertad por motivos de discapacidad, incluidas las mentales, psicológicas o intelectuales. Para ello se propone la derogación de las disposiciones que autorizan el internamiento forzoso a causa de una incapacidad diagnosticada, y que se adopten medidas para que los servicios médicos, incluyendo todos los servicios relacionados con la salud mental, se basen en el consentimiento otorgado con conocimiento de causa o del interesado (recomendación 36).
- Se lamenta la escasez de datos sobre las personas con discapacidad

y sobre sus diferentes grados de vulnerabilidad; lo que dificulta la elaboración de leyes, políticas y programas adaptados a la situación de estas personas (recomendación 49).

Cualquier protocolo de ingreso debería tener presente los anteriores preceptos.



Conclusiones y recomendaciones

5)

Hemos agrupado las recomendaciones en los siguientes ámbitos:

5.1. Información y formación a los profesionales

- Formar a los profesionales implicados (equipos sanitarios, equipos de salud mental, de servicios sociales, profesionales del ámbito jurídico, policía, profesionales del ámbito educativo, etc.) en temas legislativos y de ética asistencial.
- Promover la especialización de los jueces en materia de incapacidades y hospitalización en Psiquiatría.

5.2. Aspectos que facilitan el ingreso y la continuidad asistencial tanto en adultos como en niños y adolescentes

Algunos aspectos a tener en cuenta para hacer menos traumático y más confortable un ingreso hospitalario en pacientes, familiares y profesionales, podrían ser los siguientes:

- Implementar el Consentimiento Informado del paciente a la hospitalización ya lo largo de su evolución clínica en los diversos servicios.

- Realizar adecuadamente la derivación, para ello es fundamental la buena coordinación entre servicios.
- Trabajar la indicación del ingreso con el paciente y, en su caso, también con la familia, tanto antes de la derivación como en el momento del ingreso, estableciendo un pacto asistencial, si es posible, y facilitando que se entienda su función y se integre el ingreso en el marco del continuum asistencial del paciente.
- Crear un ámbito acogedor y claro, lo que hace imprescindible el trabajo en equipo a urgencias y admisiones.
- En los casos que lo requieran, hacer el acompañamiento del ingreso con figuras de proximidad con el paciente, como el PSI o enfermería, para favorecer la integración del ingreso al proyecto terapéutico del paciente y disminuir el estrés.
- Atender a cada persona según su situación y necesidades, por lo que se deben delimitar espacios diferenciados según la intensidad y la continuidad de la atención necesaria.
- Vincular, antes del alta hospitalaria, el paciente a los dispositivos ambulatorios que seguirán siendo sus referentes asistenciales: Centro de

Salud Mental (de Adultos o de Infanto-Juvenil), Servicio de Rehabilitación Comunitaria, Plan de Servicios Individualizado, etc. Todo ello en el marco de un proyecto terapéutico que integre las diferentes intervenciones entorno del paciente y la familia.

- En pacientes con tendencia a la desvinculación establecer un pacto terapéutico de alta, consensuado con ellos, donde conste su plan terapéutico, las funciones de los diferentes profesionales y servicios y las consecuencias del no cumplimiento del pacto.
- Generalizar los programas de continuidad asistencial entre el Hospital —servicios de urgencias— y el CSMA, con el desplazamiento de enfermería del CSMA a la unidad de hospitalización, con el objetivo de vincular los pacientes nuevos del territorio y favorecer el seguimiento de los pacientes ya conocidos por el CSMA.
- Desarrollar estrategias que favorezcan la detección de dificultades en la vinculación del paciente a los servicios, a través del seguimiento de indicadores territoriales de alerta: altas hospitalarias a iniciativa del paciente, reingresos en los tres meses posteriores al alta (especialmente los que reingresen el primer mes), frecuentadores de urgencias sin continuidad en CSMA, etc. Con el objetivo de establecer una estrategia conjunta de intervención que favorezca una actuación integrada entre los servicios.

- Tener una actitud activa por parte del CSMA en la atención a las situaciones de urgencia de los pacientes conocidos, ya sea por vía telefónica o presencial. En algunas situaciones la atención a domicilio por parte de los profesionales habituales puede contener la crisis y evitar el ingreso o puede favorecer que éste se produzca de forma menos traumática. En algunas circunstancias se puede requerir del 061 para ejecutar el ingreso. Los equipos de emergencias médicas (EMSE) son un apoyo importante en pacientes no conocidos.
- Tener resueltos los temas de seguridad sin que interfieran negativamente en el proceso de cura.

5.3. Aspectos específicos a tener en cuenta en la hospitalización de niños y adolescentes

Según las indicaciones del libro blanco de la Unión Europea sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas afectadas de trastornos mentales, en el caso de los ingresos a servicios psiquiátricos de los menores de edad las medidas a tomar deben ser más estrictas que las aplicadas al adulto debido a su extrema vulnerabilidad. Se debe:

- Garantizar la posibilidad de recibir asistencia de una persona que los represente desde el inicio de la hospitalización (familiar o tutor legal).

- Considerar su opinión de manera determinante y progresiva según su edad y madurez.
- Tratar en ambientes separados de los adultos.
- Hacer la reintegración del menor al sistema escolar tan pronto como su estado psicopatológico lo permita.

5.4. Condiciones de la hospitalización y medidas de protección en el momento del alta

- Dar a los pacientes psiquiátricos (siguiendo el Principio de Igualdad de la Ley General de Sanidad) las estructuras físicas que sean necesarias para crear un Espacio Terapéutico y no seguir tratando en desigualdad “los Desiguales”. La persona con trastorno mental no requiere estar en la cama, sino un espacio que posibilite su bienestar y movimiento, lo que puede evitar el malestar por la ausencia de privacidad y la ansiedad del internamiento.
- Proveer de una asistencia individualizada y que posibilite la escucha que requiera el paciente, en la transmisión de sus emociones, de forma continuada. Para ello se requieren profesionales especializados en abordaje psicoterapéutico a las Unidades de Hospitalización.

- Velar por la no disociación de los aspectos sociales, inherentes al trastorno mental, en el abordaje integral del paciente durante la hospitalización para proporcionar un entorno que favorezca la salud y propicie el mantenimiento de las condiciones de alta.
- Crear Programas Socio-Sanitarios que cubran las necesidades de los pacientes en situaciones de desprotección social y desamparo, y garanticen su protección en el momento del alta hospitalaria.

5.5. Intervención y papel del juez en la hospitalización psiquiátrica

- Favorecer un trabajo más coordinado del juez con los otros profesionales del Centro Hospitalario.
- Desarrollar un marco legal que permita al juez el seguimiento activo en aquellas situaciones de vulneración de los derechos fundamentales en la aplicación de las medidas restrictivas.



6)

- **Documentos de la Fundación CCSM número 3.**

Febrero 2005

Derechos Humanos, Ética y Salud Mental (I)

Tratamiento Ambulatorio Obligatorio

Medidas Restrictivas

Elaborado por el Grupo Promotor del Comité de Ética Asistencial

- **Documentos de la Fundación CCSM número 4.**

Noviembre 2008

Dossier sobre legislación y aspectos éticos en salud mental. Protección de Derechos y Dignidad: legislación en salud mental.

Elaborado por el Grupo Promotor del Comité de Ética Asistencial

- **Código Civil de Cataluña. Ley 25/2010 – Libro II.**

- **Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo de Naciones Unidas. New York, 2006.**

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

- **Ética y praxis psiquiátrica.** Fernando Santander (Coordinador). Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios/23. Madrid, 2000.
- **Plan de Salud de Cataluña 2011-2015.** Generalidad de Cataluña. Departamento de Salud. Barcelona, 2012.



2ª PARTE

Jornada por una ética de la capacidad

Por una ética de la capacidad

1)

1.1. Incidencia de la convención de las Naciones Unidas sobre “Los derechos de las personas con discapacidad” (Nueva York, 2006) dentro de nuestra legislación

La Convención de las Naciones Unidas del año 2006 fue ratificada por España en 2008. La adhesión a este texto internacional conlleva asumir sus principios e introducirlos en todo lo que haga referencia a la discapacidad. Se introduce una nueva forma de ver y pensar esta materia, en la que se consagran los principios de igualdad y autonomía y que implica múltiples reformas legales: Código Civil, ley de Enjuiciamiento Civil, Código de Comercio... Además de numerosísimas reformas de tipo administrativo: médicas, educativas, arquitectónicas, publicitarias...

En la actualidad, y de acuerdo con nuestra legislación, ante situaciones de falta de capacidad de una persona y para protegerla de sus propias acciones han incoado, sólo en el año 2009, 23.935 demandas de incapacitación de personas que sufren demencias seniles, enfermedades mentales, deficiencias psíquicas (Memoria 2010 del CGPJ), de las cuales hay 197 de desestimatorias según la Fiscalía General del Estado. Estos procedimientos se han llevado a efecto en juzgados muy saturados, con reconocimientos muy superficiales y han dado como resultado sentencias de incapacitación total en más del 90% de los casos.

Sin duda esto no se corresponde a la realidad en la mayoría de los casos.

El motivo para que esto ocurra es que la grave problemática que existe en torno a la discapacidad se pretende resolver a través de procedimientos de modificación de la capacidad de obrar (incapacitaciones) con la concurrencia de errores conceptuales muy extendidos —a veces provenientes de la propia administración— que terminan vulnerando los derechos de estas personas, como ya ocurría hace más de cien años, pervirtiendo así el sistema. Se presentan demandas de incapacitación pretendiendo resolver cuestiones administrativas: obtener o aumentar una pensión, tener una plaza residencial o bien tener representación. En la mayoría de los casos habría otra solución.

Esta situación parte de unas premisas sociales, jurídicas y políticas donde, aunque no explícitamente, existe la convicción de que ante la “desgracia” de sufrir una discapacidad la libertad de esta persona no es “tan importante” como resolver cuestiones elementales de salud y cuidado personal y económica. Por lo tanto puede ser matizada o anulada constantemente a cambio de cubrir sus necesidades básicas o por el bien común, ya sea familiar o social. Aunque en apariencia en nuestra sociedad de democracia occidental se reconocen constitucionalmente los derechos de la persona, cuando intenta ejercerlos una persona con discapacidad a menudo se inicia un juicio de valor cuestionando su competencia. Juicio de valor que frecuentemente se resuelve en un procedimiento judicial de modificación de la capacidad.

Nuestra legislación reguladora de los procedimientos de modificación de la capacidad proviene del siglo XIX, establecida con criterios claramente economicistas, y a pesar de que ha ido variando a lo largo del siglo XX lo cierto es que la mayoría del articulado de esta materia dirigida a proteger la esfera económica y no la personal; con el agravante de que en estos momentos hay normativa dispersa y contradictoria. Procedimiento ante un “imposible”: evaluar la capacidad de una persona para realizar cualquier hipotético acto jurídico, ahora y en el futuro. Esto no es posible en las discapacidades no severas. En los casos de duda sobre el grado de discapacidad debería aplicarse *in dubio pro capacidad*. Pero el *usus fori* ha llevado a consideraciones del tipo “es lo mejor para él”, “ahora está bien, pero el día de mañana...” adoptando una postura paternalista y prepotente hacia las personas con menos posibilidades de ejercer sus derechos.

Las modificaciones de la capacidad de obrar deben basarse en datos clínicos y no clínicos: hay que estudiar en cada caso su red de apoyo social, familiar e institucional. A pesar de que dos personas tengan la misma patología las medidas a adoptar para su protección pueden ser totalmente diferentes. Hay información sobre todos los aspectos para hacer un juicio global de la situación que contemple todos los matices. En la actualidad esto no se corresponde a la realidad.

En este contexto el 13 de diciembre de 2006 se aprobó en Naciones Unidas la

Convención de los Derechos de las personas con Discapacidad, que España ratificó en 2008. En consecuencia, y por lo establecido en el artículo 10 de la Constitución Española, este texto queda incorporado a nuestro derecho interno habiendo de efectuar las reformas legislativas que sean adecuados para que esto se cumpla y eliminando las posibles contradicciones. Esta declaración supone una nueva forma de pensar la discapacidad en los siguientes aspectos:

- Principios básicos de la comunidad. Accesibilidad. Vida independiente.
- Nuevo concepto de la discapacidad: no supresión de la capacidad de obrar.
- Nuevo modelo de apoyo a la toma de decisiones.
- Mantenimiento del sistema de garantías.
- Movimiento de auto-apoyo.

En este sentido los Estados, parte contraen obligaciones para que en todos los ámbitos de la sociedad se promuevan, reformen y deroguen las disposiciones que sean necesarias para, entre otros:

- Respetar la dignidad y la autonomía individual (art. 3).

- Derogar las leyes y prácticas que comporten discriminación (art. 4).
- Garantizar la igualdad de protección jurídica (art. 5).
- Igualdad del derecho a poseer y controlar su economía (art. 12).
- Acceso a la justicia en igualdad de condiciones (art. 13).
- Derecho a elegir dónde y con quién vivir (art. 19).

Las consecuencias inmediatas de la convención afectan a todos los aspectos de la vida y se enumeran en su preámbulo, pero desde el punto de vista de los juicios de capacitación son:

- La interpretación y reinterpretación de las normas sobre los derechos de las personas con discapacidad se harán desde la perspectiva de los derechos humanos (preámbulo y art. 1).
- El establecimiento del sistema de apoyos y toma de decisiones (art. 12).
- El abandono o superación del modelo de sustitución y creación de nuevas formas de apoyo, entre ellas la del asistente.

En materia de procedimientos de modificación de la capacidad la Convención también establece unas directrices:

- En procesos de modificación de la capacidad de obrar: se deberá remover, promover y asegurar la igualdad de condiciones de todos los Derechos Humanos.
- *Aplicar la dosis justa de protección*: del apoyo complementario al apoyo más intenso, desde las habilidades naturales de la persona.
- *Hay que introducir de "facto" en el procedimiento de incapacitación la exigencia de la causa o motivo que lleve a interponerla*. Permite ajustarse a ese problema.
- *Revisión periódica de la persona y de los apoyos que pudieran derivar necesarios*, abriéndole de forma efectiva el proceso de recuperación de capacidad.

En Cataluña, con el nuevo Código Civil del año 2010, se introducen los principios preconizados por la Convención que deben coexistir con las instituciones jurídicas clásicas de tutela y curatela, pese a que se hable siempre de medidas de protección, ya que la limitación de los derechos fundamentales está regulada según competencias del estado. Aparecen así:

- *Poderes preventivos* para poder decir cómo queremos vivir cuando no podemos decidir por nosotros mismos: tratamientos a los que no queremos someternos, lugar donde residir y forma de vida.
- *Poder de previsión de pérdida sobrevenida de capacidad*: es el nombramiento de un apoderado en escritura pública para que cuide los intereses de las personas mayores de edad que no puedan gobernarse por sí mismas a causa de una enfermedad persistente. Se puede poner fecha de inicio de la eficacia, medidas de control y causas de la extinción.
- *Guarda de hecho*: vinculada al cuidado de un menor o de un mayor con causa de incapacitación. Se tiene la obligación de comunicarlo al juez. Es una actuación en beneficio del guardado.
- *El asistente*: se puede pedir por el propio interesado y no es necesario que sea permanente. Evitará muchas incapacitaciones con tutela y curatela, especialmente de personas mayores y enfermos mentales. Situación de disminución no incapacitante. El juez determina las funciones de la asistencia (personal, patrimonial, médica...) que son modificables en el tiempo, las funciones y la extinción. Es un mecanismo paralelo a la tutela y curatela.
- *Patrimonio protegido*: integrado con precisión por los bienes y sus

rendimientos, estos aportan a título gratuito por el constituyente para satisfacer las necesidades vitales de la persona discapacitada. Está vinculado a las obligaciones contraídas por su administrador, para garantizar las referidas necesidades. No responde a las obligaciones del beneficiario, ni del constituyente.

Se supervisa la actividad del administrador. Se prevé la creación de un Registro de Patrimonios Protegidos.

A pesar de estas innovaciones legislativas tan importantes, para poder alcanzar las metas y los objetivos que se presentan con la Convención de los derechos de las personas con discapacidad, será necesario:

- Modificar el procedimiento de modificación de la capacidad de obrar, introduciendo como requisito necesario alegar la causa por la que se insta al procedimiento.
- Propiciar que juzgados, jueces, fiscales y forenses sean especialistas en la materia.
- Formar a los agentes implicados desde la óptica de la capacidad.
- Promover una actitud de defensa activa por parte de los abogados a

favor de las personas con discapacidad.

- Exigir recursos-apoyo, que evitan incapacitaciones.
- Denunciar las vulneraciones de la Convención.
- Crear una Guía de Buenas Prácticas.
- Proporcionar medios y recursos asistenciales, residenciales, educacionales.

1.2. Incidencia de la Convención de las Naciones Unidas “sobre los derechos de las personas con discapacidad” (Nueva York, 2006) y sus repercusiones en el ámbito de la atención a las personas con problemas de salud mental

La atención a las personas con trastornos de salud mental ha tenido avances importantes en las últimas décadas que han afectado tanto a las intervenciones clínicas como el desarrollo de los servicios y en las formas de organización de los mismos. El marco conceptual en el que se han movido es el modelo comunitario. Se ha pasado de una atención centrada en el hospital, a una basada en la comunidad. Y de un sistema de atención de corte asilar y de instituciones cerradas, que pretendían ofrecer los servicios necesarios desde una perspectiva total, a otro en el que los servicios están en el espacio comunitario y se articulan entre sí por hacer frente a

las muchas necesidades, no sólo sanitarias, que sufren las personas con una enfermedad mental. La enfermedad provoca muy a menudo efectos negativos sobre la economía, la vida familiar, el entorno social y el desarrollo global de la persona. Por ello un modelo comunitario de atención a las personas con problemas de salud mental debe ser abierto y debe articular un conjunto de recursos necesarios para hacer frente a las necesidades que son múltiples dependiendo del momento de la enfermedad. Todo esto hecho desde una visión holística de la persona, estimulando su participación y sus recursos así como los disponibles en la comunidad de la que forma parte.

El desarrollo de este modelo comunitario ha estado muy vinculado desde su origen a profesionales e instituciones de los ámbitos legislativo y judicial que han puesto en marcha importantes desarrollos jurídico-legislativos. Todos ellos estaban guiados por el convencimiento de que una de las primeras tareas a hacer era trabajar por la dignidad de las personas y por sus derechos: el ejercicio de su autonomía, el respeto a su voluntad y la normalización de la atención para evitar el estigma que acompaña, lamentablemente aún, a las personas que sufren trastornos mentales u otros problemas de los que se derive discapacidad.

Los importantes cambios en la organización de servicios y la atención a las personas, siendo muchos, no son un proceso terminado. Hay razones para expresar algunas preocupaciones. Lo hacemos con el ánimo de ini-

ciar una reflexión serena ante los diversos riesgos que amenazan la continuidad de prácticas profesionales basadas en el reconocimiento de los derechos humanos para todos y que, en las personas con más fragilidad, corren el riesgo de ser menos protegidos o más vulnerados.

Un primer nivel de preocupación procede de las circunstancias por las que atraviesa la economía en nuestro país y el desarrollo de políticas de disminución de recursos para hacer frente al déficit. Esta disminución o recorte de recursos afecta claramente a las políticas redistributivas del estado de bienestar y por eso tienen un mayor efecto negativo sobre los más necesitados, los más frágiles y los que para aminorar su discapacidad necesitan apoyo. Debemos expresar nuestra seria preocupación por los efectos que estas políticas pueden tener sobre el que venía siendo el desarrollo de recursos para hacer frente a las repercusiones tanto en la salud como en la economía y en la inserción social de las personas que sufren una enfermedad mental.

En una jornada sobre la ética de la capacidad no podemos dejar de señalar que la restricción de recursos destinados a programas de atención a las personas que sufren incrementa su vulnerabilidad y va en contra del desarrollo de sus capacidades y de la esfuerzo para aumentar su autonomía.

Pero otras preocupaciones proceden de la constatación de que en las prácticas profesionales y en las dinámicas institucionales aunque se aprecian signos de un insuficiente cuidado en el respeto de los derechos que los pacientes tienen a participar de su proceso asistencial así como de ser escuchados con la atención y el tiempo que necesiten.

Estamos convencidos de que hay que seguir trabajando por los derechos de los pacientes y el desarrollo de prácticas profesionales que avancen en la línea de su reconocimiento.

Hay que repensar las prácticas actuales y hacerlo desde una perspectiva ética y los derechos humanos para que, a pesar del esfuerzo de los profesionales y de las instituciones, la tendencia al anquilosamiento y la estereotipia sea un riesgo.

La Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad (New York, 2006) en esta misma línea que comentamos. Su implementación conllevará cambios en el ordenamiento jurídico actual pero también reforzará el modelo asistencial comunitario, y exige una disposición de las instituciones y de los profesionales hacia unas prácticas basadas en la potenciación de la autonomía y el reconocimiento del derecho de la persona a la implicación en las decisiones que le afectan, así como en la creación de los recursos necesarios para aminorar los efectos

de sus hándicaps y aumentar su bienestar y su dignidad.

En su artículo 3 la Convención de N.Y. desarrolla los principios generales:

- El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones y la independencia de las personas.
- La no discriminación.
- La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad.
- El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humana.
- La igualdad de oportunidades.
- La accesibilidad, suprimiendo las barreras debidas a la actitud y al entorno que pudieran evitar su integración y participación plena y efectiva en la sociedad.
- La igualdad entre el hombre y la mujer.
- El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con

discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

En resumen la Convención reafirma el reconocimiento del derecho de las personas a ejercer su capacidad y la exigencia de que los diversos organismos, instituciones y profesionales garanticen los apoyos necesarios para conseguirla.

La normalización de la atención, la no discriminación y la disposición de cualquier ayuda con el fin de desarrollar los máximos niveles posibles de autonomía son fundamentos básicos de la relación asistencial y de cuidados. Esta actitud forma parte de los elementos éticos que deben sustentar las prácticas profesionales. Sabemos que el sufrimiento de las personas con trastornos mentales puede comportar una limitación de capacidades de intensidad y temporalidad variables y el riesgo de prácticas de sustitución permanentes que atentan contra sus derechos. Las capacidades de las personas y sus pérdidas o limitaciones por razón de su enfermedad —la discapacidad— hay que entenderlas como parte del proceso vital y desde una perspectiva dinámica, no estática; es decir varían en uno u otro sentido por lo que requieren de una evaluación periódica guiada por el deseo de potenciar las necesidades individuales con el apoyo necesario y adecuado en cada momento. Este convencimiento debe llevar a un alejamiento de lo que puede ser una cultura de la incapacidad e ir hacia una cultura de la capacidad y una asistencia hecha desde la cooperación en la relación profesional-paciente.

Mientras más alta es la fragilidad de la persona más altas son las posibilidades de que sean vulnerados sus derechos y, especialmente, los referidos al reconocimiento de su autonomía y el ejercicio de la misma. Los profesionales y las organizaciones debemos reflexionar y poner atención en el riesgo de deshumanización en que incurren los servicios al dañar, aunque sin desearlo, los derechos de la persona enferma. Las asociaciones de usuarios y de familiares han señalado en varias ocasiones que en los ingresos involuntarios se producen situaciones de desatención al paciente y a su familia, precisamente en un momento de gran dolor y vulnerabilidad en que habría que extremar la escucha y el acercamiento a la persona y a su sufrimiento, y en el que es especialmente necesario un trato cuidadoso. Un trato cuidadoso que también implica el ofrecimiento de información de su estado y del tratamiento a realizar, todo hecho en términos claros y contenedores.

Por ello conviene repensar por un lado las formas de atención para que no sean generadoras, aunque involuntarias, de una mayor discapacidad y no caigan en prácticas de efectos inhabilitantes. Por otra parte hay que pensar, a pesar de estos momentos económicos difíciles, en el desarrollo de recursos diversos de apoyo a la autonomía que disminuyan y eviten el riesgo de incapacitación y favorezcan la progresiva recuperación de las capacidades perdidas.

La pérdida de capacidades (cualquiera que sea en calidad y tiempo) no

puede ser razón de prácticas restrictivas sino para prácticas estimulantes y creativas que pongan el acento en el desarrollo de las capacidades y en el mayor reconocimiento de la autonomía de la persona.

Por tanto recomendamos:

- Realizar una práctica asistencial basada en el respeto a la dignidad de la persona y en el respeto a sus ritmos y sus características. Esto obligará a dedicarle el tiempo que necesita con una escucha atenta y singularizada. No hay dos sujetos iguales y el sujeto que consulta atraviesa por una dificultad en su salud pero sigue siendo un sujeto con su dignidad intacta y con sus diferentes rasgos identitarios; a veces se corre el riesgo de reducir el sujeto a una enfermedad que lo suplantaría.
- Realizar una práctica asistencial que conlleve la disminución de los síntomas que tanto sufrimiento provocan, pero haciendo una lectura amplia y situándolos en el contexto del sujeto. Debe, por tanto, hacerse una asistencia pensando en la solución de los síntomas, siempre incapacitantes, pero también en la rehabilitación y la inserción social. En esta línea los servicios de Salud Mental deben incorporar de forma normalizada los tratamientos de Psicoterapia (Psicodinámica, Sistémica, Cognitiva, Grupal, etc.) para ser un eje fundamental para la mejora de la evolución clínica tanto de las personas con trastornos

No Severos como de las que padecen un trastorno mental severo. El abordaje farmacológico no puede ser el centro de la atención como desafortunadamente pasa desde hace demasiados años.

- Potenciar el esfuerzo de los servicios para resolver las diferentes barreras que hacen que las personas con discapacidad tengan dificultades para ejercer su derecho a una accesibilidad fácil; estas barreras son de índole material pero también conceptual y de actitudes, no sólo de la sociedad, sino también de los profesionales de la Salud Mental. Estas barreras son, en ocasiones, de lenguaje, de disposición a la escucha y de estilos comunicacionales inadecuados.
- Tener cautela los profesionales y los servicios de salud mental al apoyar iniciativas de incapacitación hechas posiblemente desde la buena voluntad pero desde el posible desconocimiento de otras modalidades de protección y ayuda. Siempre dando el soporte adecuado para que el sujeto utilice sus recursos y éstos no queden ahogados por un proteccionismo invalidante.
- A veces la severidad de la discapacidad puede hacer necesaria la modificación de la capacidad de obrar. En estas situaciones conviene ser extremadamente prudentes y tener en cuenta el mayor número de variables posibles, incluida la familia y la red social. El objetivo debe

ser la creación de sistemas de apoyo, y plantearles desde el respeto y sin perjudicar la dignidad. La figura del Asistente que recoge el nuevo Código Civil de Cataluña, presente también en los Códigos de Alemania y de Italia, se debe desarrollar.

- Estimular el ejercicio de las Voluntades Anticipadas o Instrucciones Previas; esto permitiría conocer el deseo del paciente ante situaciones en las que su capacidad de decidir puede estar disminuida (como puede ocurrir en una crisis intensa o en la necesidad de tratamiento involuntario).
- Apoyar a las familias debe ser un objetivo preciso también de los servicios de salud mental vinculados con otros servicios de la comunidad y el tejido asociativo.
- Trabajar en red debe ser un instrumento para afrontar la complejidad de las causas y de las soluciones a los efectos de la discapacidad.
- Favorecer el desarrollo de recursos específicos como apoyo y refuerzo de la autonomía: acompañamientos terapéuticos, redes de alojamientos, facilitación del acceso a un ocio creativo, la inserción laboral y pre laboral... para ello será necesario dotar a los servicios de rehabilitación de medios para que lo hagan posible. Esta inserción en el mundo laboral es esencial en el tema que venimos tratando, el desarrollo de la

capacidad y autonomía de la persona con un trastorno mental.

- Todo esto debe llevarse a cabo en un clima permanente de reconocimiento de las capacidades del paciente y buscando su participación activa en el proceso que le afecta.

Y por último, expresar que el importante documento surgido de la Convención de Naciones Unidas puede ser un documento que estimule el debate de los profesionales y las organizaciones sobre la enfermedad mental en nuestro tiempo; sobre las nuevas maneras de expresar el sufrimiento psíquico; sobre nuevas formas de atenderle que pasan por esfuerzos complementarios, continuidad de cuidados y trabajo desde una perspectiva transversal y de red; y que relance una permanentemente necesaria reflexión ética sobre nuestras prácticas y sus efectos.



2)

2.1. Las palabras no son cosas. Los DSMs y la disolución del sujeto

Si hemos de creer a autores como Laín Entralgo, GIVN o Good —y hay buenas razones para ello—, el desarrollo de la medicina occidental tiene una estrecha relación con la tradición filosófica-empirista del lenguaje y, concretamente, con los conceptos de designación y clasificación. Esta tradición se expresa en la obra Sydenham¹ y, más tarde, en el contexto de la psiquiatría alemana del siglo XIX en la que destaca un autor como Kraepelin que fomentó la descripción empírica (y empirista) de las manifestaciones de los trastornos mentales y diferenció entre aquellos síntomas que adquirirían un carácter episódico y aquellos otros que perduraban en el tiempo y permitían elaborar una clasificación universal y estable. Su énfasis nosológico, de corte naturalista, dio preeminencia a las enfermedades en detrimento de la narrativa de los pacientes y supuso la hegemonía de la observación sobre la escucha, de la aparente sobre el implícito, de los signos sobre los síntomas, de la forma sobre el contenido, de lo universal sobre el particular, de la explicación (Erklärung) sobre la comprensión (Verstehen). Además, ir en esta dirección implicó la aplicación del modelo biomédico en la práctica psiquiátrica, aunque el ideal de una etiología es-

1. El propio Locke hace una referencia de honor a su amigo Sydenham en su *"The Epistle to the Reader"* que abre *An Essay Concerning Human Understanding*.

pecífica no pudiera momento fue alcanzado.

El neo-kraepelinismo, paradigma hegemónico de la psiquiatría contemporánea, ha sido definido como un movimiento orientado hacia la clasificación, la descripción de los cuadros psicopatológicos, la oposición a la perspectiva psicoanalítica, el interés por la investigación clínica y epidemiológica y la “vuelta de la psiquiatría en sus bases médicas”.

Su conformación como “escuela invisible”, según Michels, se articula durante la década de los sesenta en torno al Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Washington, St. Louis, y se hace visible en la confección del DSM-III, un manual de diagnóstico que según sus autores fue creado con el deseo de ofrecer una clasificación que fuera útil para los tratamientos y la toma de decisiones, que se organizara a partir de categorías diagnósticas “fiables”, que supusiera la eliminación de nosologías que consideraban “inútiles” como la de neurosis, que fuera consistente con los resultados de las investigaciones y que se elaborara en diálogo entre las diferentes orientaciones (incluyendo teóricamente las psicosociales y el psicoanálisis).

Estos objetivos, explícitos en la introducción del DSM-III, han abierto no pocas discusiones e interrogantes que trataremos aquí con el objetivo, no tanto de hacer una arqueología o historia de los manuales psiquiátricos, sino de favorecer la reflexión sobre una mirada clínica que se ha reproducido en

el DSM-III-R, el DSM-IV, en el DSM-IV-TR y que ya podemos anticipar en la metodología y debates del DSM-V. Una mirada clínica que disuelve el sujeto del sufrimiento en beneficio de un supuesto mundo de enfermedades reales.

¿Es posible una clasificación atórica?

Una primera cuestión a considerar y que debemos decir que genera sorpresa por su ingenuidad o por su inverosimilitud, según se mire, es la autodefinición del DSM-III y sus versiones posteriores (en adelante mencionados simplemente como nuevos DSMs) como manuales a-teóricos y puramente descriptivos. La idea defendida por sus autores es que los manuales son sólo resultado del ejercicio de denotar, de poner nombres a un conjunto de enfermedades que son, en el mundo natural, como son los terremotos o las hormigas. Sin embargo, no hace falta ser un genio para saber que el ateoricismo es simplemente un imposible para la psiquiatría o para cualquier disciplina científica. Siempre hay en el trasfondo de cualquier clasificación una dimensión teórica que articula las elecciones, las agrupaciones, las incompatibilidades. El mismo ejercicio de denotar y clasificar es en sí mismo un quehacer teórico, aunque sea de una teoría que se quiere negar a sí misma como tal.

Entre el mundo de las cosas y el universo de las palabras nunca es posible la simetría, porque las palabras no pueden ser las cosas y por el contrario, siempre hay algo que se pierde y que se gana en el lenguaje. En el campo

de los trastornos mentales esta situación se agudiza, ya que estos son realidades complejas que involucran signos, síntomas, conductas, experiencias y emociones que requieren siempre de un cierto grado de abstracción para su delimitación como entidades discretas o para su diferenciación entre ellas. Dicho de otro modo, los criterios y nosologías que nos presentan los nuevos DSMs no son representaciones que tratan de dar cuenta de hechos, sino generalmente representaciones de otras representaciones, como la "fobia" que discrimina el clínico representado por el "miedo irracional" vivida y expresada por el paciente.

Por otra parte, la eliminación en los nuevos DSMs del concepto de neurosis es una opción claramente teórica, como la apuesta por la base estadística para determinar la fiabilidad, que no la validez, de las categorías.

¿Signos o síntomas?

Es sabido que la mayor parte de las manifestaciones de los trastornos mentales se asocian con síntomas más que con signos, entendiendo los primeros como evidencias subjetivas del malestar y los segundos como manifestaciones objetivas como la fiebre, las erupciones cutáneas o el nivel de triglicéridos en sangre. Con todo, y probablemente como efecto imitativo de otras especialidades médicas, el tratamiento que reciben los criterios diagnósticos en los nuevos DSMs es más propio de los signos que los síntomas.

Los signos no hablan por sí mismos, ya que requieren de la conciencia de un destino que les ofrezca sentido, ya sea éste el clínico, el paciente o cualquier tercero, como los familiares. Los síntomas, en cambio, son actos de significado, de lenguaje. Dicho de otro modo, son realidades semióticas que requieren para su comprensión de un importante grado de inferencia. Sin embargo, los DSMs resuelven rápida y superficialmente esta clara distancia reificante de los síntomas; y no sólo a ellos. Situaciones como “amenaza de pérdida de empleo” son naturalizadas como si fueran universales del mismo grado que los fenómenos atmosféricos o los procesos fisiopatológicos. Síntomas como “alucinaciones auditivas”, “sospechas de ser explotado”, “sentimientos de desesperanza” o “baja autoestima” se manejan como fenómenos factuales más que como sensaciones y representaciones. Las categorías y criterios aparecen, así, contradictorios. Pero, como es obvio, el peso de algunos interrogantes se hace evidente. ¿Por qué, qué es “sentimientos de desesperanza” y desde el punto de vista de quien? ¿Con qué criterios determinar la baja autoestima? Para no entrar ya en preguntas como: ¿cuál es la “base suficiente” para sentirse cuerda-mente explotado? Al intentar transformar el síntoma en signo, los nuevos DSMs se desprenden de un sujeto que incomoda. En su lugar aparece un paisaje de criterios que niegan la dimensión humana, tanto de la producción de los síntomas como de su interpretación clínica.

¿Una psiquiatría asocial y extra moral?

El proceso de objetivación o cosificación es llevado también al territorio de los factores psicosociales. En principio, los nuevos DSMs indican que no se utilicen criterios sociales para definir un trastorno y la elección parece sensata porque de lo contrario se abre la puerta a incluir juicios morales que poco pueden aportar en el reconocimiento y tratamiento de la psicopatología. Nos referimos al famoso principio de la inadaptación social que poco puede contribuir a una clínica de la salud mental, ya que entonces, y por arte de la moral mayoritaria o hegemónica, el esclavo que por ejemplo se opone a una sociedad esclavista se convierte en alienado. Ahora bien, esta desiderata programática de asocialidad poco tiene que ver con la realidad de los nuevos DSMs que no consiguen aislar lo que es conductualmente patológico de lo socialmente normativo.

Cualquier lector atento de los nuevos DSMs puede observar la vulneración de estos mismos principios en algunas nosologías. Por ejemplo, según el DSM-IV-TR para diagnosticar un “trastorno antisocial de la personalidad” se requieren tres o más de los siguientes ítems:

- (1) “fracaso para adaptarse a las normas sociales”,
- (2) “deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias...”,
- (3) “impulsividad o incapacidad para planificar el futuro”,
- (4) “irritabilidad y agresividad”,

- (5) "despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás",
- (6) "irresponsabilidad persistente" y
- (7) "falta de remordimientos".

¿Dónde está aquí la neutralidad y la independencia moral a la que aluden los autores de estos manuales diagnósticos? Incluso en el DSM-III-R, se llegaba a utilizar como criterio diagnóstico de este mismo trastorno conductas como "no mantener una relación totalmente monogámica durante más de un año". Este juicio ha desaparecido afortunadamente de los criterios del DSM-IV, aunque no totalmente, ya que se utiliza como ejemplo en el texto que explica más a fondo las características diagnósticas de este supuesto de trastorno. Pero fijémonos en las posibles combinaciones de tres criterios, como la que sigue: "fracaso para adaptarse a las normas sociales", "deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias..." y "falta de remordimientos". ¿Es que esta combinación no es aplicable a cualquier activista político en la clandestinidad?

Evidentemente algo falla en la congruencia entre una ideal de asocialidad y la inclusión de este tipo de criterios diagnósticos. Y es que, como apuntaba George Canguilhem en "La Connaissance de la Vie", siempre subyace una dimensión moral y normativa a todo intento de definir el normal y el patológico (1992: 69). Este componente normativo es precisamente lo que aquí trata de negarse, hasta tal punto que lo social y lo moral reaparecen de forma irreflexiva, aunque, eso sí, reconvertidos ahora en una especie de significantes naturales a ser observados (signos) más que ser interpretados (síntomas)...

¿Ser o tener?

Un último apunte que queremos hacer aquí es la definición de trastorno mental como algo que es más de tener que del ser. En la medida que los DSMs trabajan con el ideal biomédico de las enfermedades somáticas, su modelo es la enfermedad que invade el cuerpo del paciente y que debe ser tratada. Con este principio se intenta romper una asunción tradicional que marginaba a la psiquiatría por el lado de su objeto de conocimiento; a saber: la idea de que las enfermedades físicas responden a un sufrir o a un tener: “J sufre de cardiopatía isquémica”; mientras que los trastornos mentales son del orden del ser: “J es un esquizofrénico”. Al romper con este presupuesto se hace posible un acercamiento ontológico y epistemológico entre las enfermedades físicas y psíquicas y, como contrapartida, la marginación del modelo psicoanalítico.

Sin embargo, esta demarcación muestra graves contradicciones en los nuevos DSMs, porque, ¿qué formará parte del ser y que de sufrir? Si tomamos como referencia algunos criterios de forma aleatoria observamos cosas del tipo: “es desconfiado”, “es pesimista”, “aplanamiento afectivo”, “conducta desorganizada”, “sentimientos de desesperanza”, “irritabilidad y agresividad”, “es irreflexivo en temas de moralidad, ética o valores”, entre muchos otros. Incluso en categorías que responden a trastornos asociados más claramente con una etiología orgánica, como en la esquizofrenia, tam-

bién resulta problemático diferenciar entre lo que puede responder a una anomalía neuroquímica u orgánico-cerebral y lo que pertenece a la idiosincrasia del individuo en cuestión. ¿Dónde situar, por ejemplo, síntomas como el aislamiento social o el aplanamiento afectivo? ¿Cuál será el criterio exacto para diferenciar esa entidad ajena que invade y altera el equilibrio orgánico y aquella otra que pertenece al ser del paciente? Sin duda la respuesta no es fácil y, probablemente, en el campo de los trastornos mentales sea simplemente imposible distinguir entre ser y tener. Es más, aunque lo fuera, en este tipo de situaciones, al igual que en las patologías somáticas, una enfermedad no es sólo lo que es sino lo que se hace con ella, y eso incluye en primera instancia al sujeto que habita el cuerpo, que se presenta ante el clínico y que elabora síntomas como “No puedo levantarme por la mañana” o “Me siento decaído”.

Otro problema derivado de este énfasis en el tener es la forma espectacular en que los nuevos DSMs favorecen la lectura de la comorbilidad o cohabitación de especies mórbidas en un mismo paciente, el cual puede sufrir una diversidad de “tener” psicopatológicos. También el problema es aquí de discernimiento entre estos “tener”, ya que ¿a qué categoría pertenece la conducta agresiva del paciente? ¿A su trastorno esquizofrénico? ¿A su trastorno de personalidad? ¿O quizás a su trastorno por uso de sustancias?

La psiquiatría de los nuevos DSMs busca una compartimentación del sufrimien-

to humano en formas de tener. Por otra parte, y como resultado, se aleja del "pathos" (el sufrimiento), porque disuelve el sujeto en una miríada fragmentada de criterios diagnósticos y de nosologías. Es la negación de lo que es humano tanto en el sujeto/ paciente como en el sujeto/ clínico. El primero se convierte en una especie de estorbo para que el clínico abarque un saber de la enfermedad y el segundo se transforma en un discriminador de criterios y de soluciones medicamentosas. De esta manera se niega la dimensión intersubjetiva de la clínica y su papel como vínculo. De este modo, también, la certeza mata al asombro; ya decía Aristóteles que todo conocimiento nace del asombro.

2.2. Malos usos, perversiones y utilizaciones comerciales del DSM

El DSM III irrumpió en el mundo de la psiquiatría en Cataluña en los alrededores del año 1980. Hasta entonces los profesionales en formación se nutrían de las diferentes fuentes de la psicopatología a las que tenían acceso. En primer lugar, la escuela francesa representada por Henry Ey que era el heredero natural de los grandes psicopatólogo franceses, de Clérambault a Capgras. En segundo y tercer lugar la escuela germánica y anglosajona, y en último lugar, la escuela americana, producto simplificado de las dos anteriores.

Con un progresivo despliegue de medios "propagandísticos" venía a ofrecerse como un "manual ateorètic" que resolvía las engorrosas complicaciones que surgían de las diferentes teorías explicativas de los trastornos men-

tales (psicoanalítica, sistémica, conductista y otros istas), y simplificaba las condiciones para hacer estudios epidemiológicos y de otro tipo, por medio del consenso y de la "categorización por la descripción". Cada diagnóstico tenía un listado de síntomas y se había de tener una cantidad determinada.

La verdad es que no se dio demasiada importancia. Era una nueva simplificación americana que podía ser útil en aspectos relativamente marginales. También había otros intentos "racionalizadores", criterios diversos, etc.

Ciertamente el interés de las nosologías y clasificaciones es innegable, pero su realidad, compleja y difícil, se diluye necesariamente en las buenas prácticas clínicas. La experiencia clínica psicoanalítica, por ejemplo, es en sí misma a-nosológica, pues es la experiencia de la vivencia emocional subjetiva, intensa y reactualizada. Es en reflexionar después de ser vivida, que reaparece la necesidad de clasificar y ordenar para poder ser mínimamente riguroso y metódico. Los extremos en los intentos de clasificar son: bien no clasificar prácticamente nada y hablar de la subjetividad y del individuo, negando lo común; bien hacer clasificaciones sesgadas siguiendo el modelo médico en busca de causas específicas para síndromes específicos, y para encontrar una especificidad terapéutica.

Así pues el problema, a nuestro entender, no es el intento de clasificar, sino el uso y las consecuencias prácticas que se derivan de determinados tipos

de clasificación. Y volviendo al DSM, pronto se hizo patente que el “lanzamiento” era de gran envergadura. El manual en versión adaptada al castellano y también en versión abreviada “de bolsillo” llegó rápidamente a todo el mundo, gracias a las farmacéuticas. Y su uso administrativo comenzó a despuntar. Se tomaba como una “codificación” de los trastornos, que simplificaba procedimientos. La primera consecuencia fue que el diagnóstico de trastorno de personalidad, que tenía un eje diferente y podía coexistir con otros diagnósticos, inició su propia “epidemia”. Ésta, sin ningún criterio clínico, fue de “corta duración”, ya que al formar parte del eje II y no considerarse una “enfermedad”, y al ser su tratamiento de elección la psicoterapia por encima de los psicofármacos, bien pronto dejó de interesar. Pero repunta al aparecer los “packs” terapéuticos (Lineham, Kernberg, etc.).

Mal uso administrativo

El hecho de que se fuera generalizando su uso administrativo empezó a abrir interrogantes. Era un número, un “código” que se ponía al final de un proceso (al dar un alta o informar a alguna institución o a otro servicio), y se daba cuenta de que se podían hacer variaciones en las inclusiones en categorías, en su gravedad, en la comorbilidad, etc. Los compartimentos eran tan poco estancos que casi se podía poner un diagnóstico “a gusto del consumidor”. Uno o más de uno. De hecho, los DSM han pasado de 106 diagnósticos en el DSM I (1952) a 297 en el DSM IV (1994). Es decir, 191 diagnósticos más.

Esta variabilidad del diagnóstico es un primer hecho, constatable meridianamente si se ven las historias clínicas de pacientes que han pasado por diferentes servicios de salud mental. Difícilmente los diagnósticos son coincidentes de manera regular. Estamos ante los “diagnósticos por aproximación” que es uno de los elementos básicos del DSM.

El mal uso o abuso está servido. Ya sea para obtener algún tipo de prestación de la Administración, o para conseguir algún tipo de disminución de responsabilidad en el ámbito judicial, la gran inespecificidad de las categorías diagnósticas de los DSM lo permite. Y las consecuencias negativas pueden ser abrumadoras.

Mal uso clínico

Hemos hablado del mal uso que se puede hacer con la codificación diagnóstica, después de hacer el acto diagnóstico propiamente dicho. Pero la progresiva implantación del DSM en la formación especializada ha generado aún más problemas. Aunque las advertencias (en “letra pequeña”) que el manual no se utilice como un “recetario de cocina”, es decir, por personas que no estén bien formadas, lo cierto es que no es así. La simplificación en un terreno tan complejo, amplio, de gran profundidad y a menudo tortuoso como es la mente humana, constituye una gran tentación. No hay que olvidar que la formación en psicopatología y en todos los elementos del

acto diagnóstico en salud mental es también compleja y necesariamente de gran profundidad. Quizás no todos los profesionales en formación están dispuestos a pasar por aquí, y quieren un atajo. O quizás son los formadores los que la utilizan. Sea como sea, el uso diagnóstico del DSM se parecería a utilizar la taquigrafía antes de saber escribir.

La falta de criterio clínico se reafirma en la propuesta de la nueva versión (DSM V), donde el grupo que trabaja los trastornos de la personalidad hacía salir (antes del verano 2011) el trastorno narcisista y después del verano el volvía hacer entrar. Finalmente (de momento) “sólo existen estos trastornos de la personalidad: antisocial, evitativo, límite, narcisista, obsesivo-compulsivo y esquizotípico”.

En cuanto a la atención a los niños y sus dificultades, un cierto elemento de indeterminación diagnóstica siempre es necesario dadas las especiales condiciones del niño como son: el desarrollo evolutivo, el especialmente viva pato plastia y polisemia de las presentaciones clínicas, y la gran dependencia del entorno. Es decir, la interdependencia vital del medio y el entorno se integran a menudo entre los factores causales. Por lo tanto, el fomento del “determinismo” diagnóstico lo que hace es agravar el pronóstico.

Mal uso comercial

En un primer momento corría el rumor de que el DSM había salido de los requerimientos de las mutuas americanas para tipificar y cuantificar los pagos de los servicios de salud mental. Como hemos visto el DSM permite usos y abusos administrativos, en este caso (el de las mutuas americanas) para las dos partes.

Pero es en el terreno de la industria farmacéutica, especialmente desde el año 1992 (ley de patentes del medicamento), que el mal uso comercial se convierte en una auténtica pandemia.

La consideración del medicamento como bien de consumo, en lugar de bien social o de servicio, permite que toda la maquinaria industrial, que persigue el máximo beneficio económico para la empresa, se ponga en funcionamiento. Lejos de fomentar el desarrollo y la innovación, teóricos motores de la ley, se ha fomentado la búsqueda indiscriminada y a menudo fraudulenta del beneficio económico. El conflicto de intereses básico en sanidad, que señala que el beneficio para la persona enferma debe ser prioritario sobre cualquier otro, se ve así invertido, o mejor dicho, pervertido. Con unas consecuencias trágicas, tanto para la economía de los sistemas sanitarios como, especialmente, para la salud.

Entre las diversas estrategias de la industria para aumentar beneficios nos centraremos en una: la vida diagnosticada.

El argumento es muy simple: la invención pura (“descubrimiento”) de enfermedades y el ensanchamiento arbitrario de los límites de las enfermedades existentes aumenta exponencialmente el número de “clientes” por los diferentes medicamentos.

Ej: el colesterol en sangre, que no es una enfermedad sino un factor de riesgo, ha ido bajando los límites de lo que se considera peligroso. En cada bajada el número de candidatos a los medicamentos anti colesterol ha aumentado por decenas de millones.

Si esto ocurre con parámetros “objetivos”, ¿qué puede pasar con parámetros, síntomas, expresiones de sufrimiento, etc. del ámbito mental? Este es el terreno abonado de los DSMs.

Para empezar, el 56% de los miembros de las comisiones para redactar el DSM IV tenían vínculos con la industria farmacéutica. Y en las comisiones sobre trastornos afectivos y psicosis (problemas crónicos en que el tratamiento farmacológico es importante) el porcentaje de los vínculos era del 100% (Cosgrove et al., *Psychotherapy & Psychosomatics*, 2006).

Para continuar, el propio Allen Frances, que fue el jefe del grupo de trabajo del DSM IV, alerta del alto riesgo de utilización mercantil de muchas de las sugerencias de los expertos que trabajan en el DSM V. En sus palabras:

“En términos de contenido, son más preocupantes las muchas sugerencias con que el DSM-V podría incrementar dramáticamente las cantidades de trastornos mentales. Esto aparece de dos maneras:

1ª- Nuevos diagnósticos que podrían ser extremadamente comunes en la población general (especialmente después del marketing de una siempre alerta industria farmacéutica).

2ª- Umbral diagnósticos más bajos para muchos trastornos existentes.

El DSM-V podría crear decenas de millones de nuevos pacientes mal identificados, ‘falsos positivos’, aumentando así en un grado muy alto, los problemas causados por un ya demasiado inclusivo DSM-IV. Habría excesivos tratamientos masivos con medicaciones innecesarias, caras y a menudo bastante perjudiciales. El DSM-V promueve el que más hemos temido: la inclusión de muchas variantes normales bajo la condición de enfermedad mental, con el resultado de que el concepto central de ‘trastorno mental’ resulta extremadamente indeterminado”.

También ocurre lo contrario: la reducción de algunos diagnósticos, que como todo reduccionismo y sobresimplificación de la realidad clínica puede tener, mejor dicho, ya está teniendo graves consecuencias psicosociales. Como ya se ha dicho, muchos pacientes con trastornos de la personalidad “dejarán de existir” como pacientes. Si “caen” el trastorno paranoide y el trastorno histriónico, estos pacientes diagnosticados previamente no serán tenidos en cuenta por el sistema sanitario. Estarán doblemente “excluidos” y se quedarán sin el tratamiento al que tienen derecho y sin el acceso a los derechos sociales (p. ej.: bajas laborales).

Y entre los umbrales más bajos, destacan: Trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad, el trastorno de adicción, el de espectro de autismo y la medicalización del duelo normal. El TDH, que banaliza hasta un punto incongruente el diagnóstico psiquiátrico, llegando a confundir en el límite con la inquietud y vitalidad propia de los cachorros. A mayor beneficio, por cierto, de la dimisión de las funciones parentales y educativas. Se observa cómo, en un movimiento análogo y homogéneo al de la inclusión de la infancia y el niño como objeto y sujeto (por vía parental) de consumo, el niño es abordado y conceptualizado como un potencial enfermo o trastornado, presunto beneficiario y probable consumidor por tanto de los remedios que le sean puestos al alcance.

Aunque un poco tarde, pues los anteriores DSM generaban problemas si-

milares, esta crítica y la de otros “autoridades” en psiquiatría, que han defendido en el pasado posiciones cercanas a las ahora criticadas (Spitzer y en cierto sentido Berrios), muestra claramente como la “criatura” DSM está convirtiendo en un verdadero monstruo, incluso a ojos de sus creadores. Y no es un monstruo retórico sino un monstruo que provoca muchas víctimas, pues los medicamentos no son inocuos y su mala utilización es muy destructiva.

Y finalmente una referencia al “efecto ateorètic”, que ligado al mal uso clínico, ya descrito, y el reduccionismo “biomédico”, defendido encarnizadamente e interesada por toda la formación vinculada a la industria, genera un empobrecimiento clínico devastador. En cada diagnóstico, un tratamiento farmacológico (*a pill for every ill*).

El futuro

Volviendo al inicio, deberíamos poder reflexionar sobre todo lo que hemos perdido, las fuentes de la psicopatología, la experiencia de la vivencia emocional subjetiva del paciente, el rigor diagnóstico en lugar de la precipitación... En estos tiempos difíciles en los que la palabra crisis ocupa casi todos los ámbitos mediáticos, políticos y económicos nos conviene mucho poder discernir bien las diferentes razones, causas y consecuencias de los males que afectan a nuestra salud.

Como Comité de Ética Asistencial queremos invitar a todos los profesionales a reflexionar sobre estas cuestiones. Están en grave peligro la buena práctica clínica, la sólida formación de los profesionales y la sostenibilidad del sistema sanitario. Necesitamos recuperar la mejor parte de nuestra capacidad curativa para hacernos cargo de tantas amenazas a la salud, especialmente (como hemos señalado) las que no provienen de los agentes patógenos naturales, y que son mucho más difíciles de conjurar.

Aquí hay que recordar nuevamente los principios de la Bioética, especialmente el primero: “Primum non nocere” o no maleficencia, que debidamente combinado con un buen discernimiento en cada conflicto de intereses, permite sin duda avanzar en la buena dirección. Pero para poder hacer esto, que es el núcleo de la buena praxis clínica, es necesario haberse formado muy cuidadosamente en todas las disciplinas clínicas, obtener cuando sea preciso una buena supervisión, y también poder compartir con los compañeros las dudas, reflexiones y conflictos que constantemente se hacen presentes en el acto clínico, en el que hay que preservar el interés prioritario del bien del paciente. Impulsar la presencia de este ámbito (y hábito) deliberativo y reflexivo en el seno de todos los servicios clínicos y equipos de profesionales es uno de los hitos más importantes que hay que plantearse conseguir estos próximos años.





FCCSM

C/Aragó, 141 -143 4art

08015 Barcelona

Tel.: 93 238 62 47

A/E: info@fccsm.net

Web: www.fccsm.net