

SALUD MENTAL Y BIOÉTICA

Reflexiones desde una perspectiva multidisciplinar



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

SALUD MENTAL Y BIOÉTICA
Reflexiones desde una perspectiva multidisciplinar

Coordinadores: M^a Jesús Megía Sanz
Juan José Moreno Murcia
Servicio de Salud Mental. Dirección General de Asistencia Sanitaria

Ilustración de la portada:
© Artur Heras, «El psicòleg va recomanar als pares del xiquet una terapia plàstica...», 2009. Acrílic sobre llenç (120 x 65 cm).

Edita: Generalitat. Conselleria de Sanitat
© de la presente edición: Generalitat, 2013
© de los textos: los autores

Imprime: Mare Nostrum Servicios Gráficos SL

ISBN: 978-84-482-5845-0
Depósito Legal: V-1271-2013



PRESENTACIÓN

La asistencia sanitaria ha evolucionado en los últimos años desde un enfoque centrado en las enfermedades hacia otro cuyo eje son las personas que sufren una enfermedad. Este es un salto cualitativo muy importante que tiene un claro sustrato bioético.

Desde el nacimiento de la bioética a comienzos de los años 70 del pasado siglo, ésta ha venido manteniendo una estrecha relación con la medicina y otras ciencias de la salud.

Vivimos en un mundo en el que los avances científicos crecen a pasos agigantados. La bioética es una disciplina que puede ayudar, en gran medida, a asentar bases sólidas para que los nuevos avances científicos no nazcan deshumanizados.

En todos los órdenes de la vida, pero especialmente en la salud mental el componente bioético cobra una especial relevancia. Algunos problemas éticos que se plantean en salud mental son comunes a los de otras especialidades médicas como por ejemplo la confidencialidad, la intimidad o el consentimiento informado. Sin embargo, hay situaciones específicas y concretas en las que se cuestiona la autonomía o capacidad del enfermo para decidir, las cuales añaden una gran complejidad a la atención psiquiátrica, psicológica o de continuidad de cuidados.

Conscientes de esta situación, la Conselleria de Sanitat cuenta con comités de bioética y con cursos monográficos sobre esta materia que se imparten en la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud.

En este contexto surge esta publicación que se presenta bajo el título “Salud mental y bioética. Reflexiones desde una perspectiva multidisciplinar”, donde los autores, a quienes quiero agradecer su trabajo, ofrecen una visión plural e integradora de aspectos bioéticos relacionados con la salud mental.

Manuel Llombart Fuertes
Conseller de Sanitat



PRÓLOGO

La bioética aporta a la sanidad elementos que contribuyen de forma muy valiosa a alcanzar los objetivos que se propone el sistema sanitario en la calidad clínico-asistencial, en la mejora de los servicios y prestaciones y en el aumento de la satisfacción profesional y de los usuarios. Por ello se considera un área de trabajo fundamental para el progreso de la salud mental y de la psiquiatría.

Para la bioética, la enfermedad mental es un área de interés más compleja que las áreas relacionadas con las denominadas enfermedades orgánicas. Y no debería ser así, porque seguramente los problemas que se plantean en salud mental son tan importantes y frecuentes, o incluso más, que los que ocurren en otras enfermedades, y posiblemente la tendencia futura será ir en aumento.

A pesar de que la salud mental se encuentra situada en un ámbito de especial sensibilidad ante las inquietudes de la bioética, cuando se intenta conocer algunos indicadores, se observa que su presencia es más bien discreta y, desde luego, bastante menor de lo esperado.

El análisis bibliométrico incorporado a un capítulo de este libro presenta una escasa producción y repercusión científica del área temática “bioética-salud mental”.

Asimismo, en las memorias anuales elaboradas por los Comités de Bioética Asistencial de la Comunitat Valenciana, se identifican pocos temas relacionados con la salud mental entre las cuestiones de carácter bioético que han sido tratadas en las sesiones de trabajo.

En el sistema de recepción y tramitación de quejas asistenciales, disponible en el Sistema Valenciano de Salud, tampoco tienen representación importante la salud mental y los problemas bioéticos subyacentes.

De las anteriores observaciones no se debe interpretar que los conflictos éticos en salud mental sean escasos y poco relevantes. Parece más adecuado pensar que los mecanismos de detección disponibles no son bastante sensibles para evidenciar la magnitud de los problemas, los cuales se encuentran parcialmente invisibles, sin que se conozca su verdadera dimensión y por consiguiente permanecen insuficientemente resueltos.

Esa reflexión ha sido una motivación fundamental para acometer una línea de trabajo específica sobre cuestiones éticas relacionadas con la actividad clínico asistencial que se realiza en las personas con enfermedad mental. Línea que se inicia con esta publicación que consiste en una recopilación de textos aportados por diferentes autores para enriquecer el debate bioético en el ámbito de la salud mental.

El contenido del libro se estructura en nueve capítulos que incluyen diferentes temas, entre los que encontramos:

- Un recorrido histórico sobre el desarrollo y los avances de la ética biomédica, hasta llegar a la ética en psiquiatría, en el que se plantean múltiples cuestiones que preocupan en la ética aplicada a la salud mental.

- Un estudio bibliométrico de la literatura científica internacional que ha puesto al día el estado de la investigación, proporcionando información sobre producción, visibilidad, repercusión científica y categorías temáticas identificadas en la materia “bioética y salud mental”.

- Reflexiones y consideraciones éticas de la prevención en salud mental, que contienen fórmulas y métodos preventivos aplicables en diferentes ámbitos. En este texto se presenta el gran problema del suicidio, la persistencia del miedo, el rechazo a “la locura” y el reto necesario de entender y aceptar la enfermedad mental.

- Un capítulo sobre el fundamento deontológico que debe regir en el Informe Psicológico entregado y valorado por los usuarios de los servicios profesionales de psicología. Abarca las dimensiones de los componentes que están incluidos en dicho informe: dignidad, competencia, capacidad, motivación, cautelas, principios fundamentales de la ética profesional y circunstancias particulares en las que subyacen conflictos de intereses.

- Las relaciones entre salud mental y bioética desde el punto de vista de la Atención Primaria de Salud, sus implicaciones en la sostenibilidad del sistema de salud y las necesidades organizativas entre los niveles asistenciales. Se describen intervenciones profesionales, poniendo de manifiesto la aportación del psicólogo en las enfermedades mentales y en las dimensiones psicológicas de las enfermedades físicas.

- La importancia clínica y las connotaciones éticas de la detección e intervención temprana en la esquizofrenia y en otras psicosis graves, y la necesidad de avanzar en la investigación sobre estas enfermedades.

- Una presentación y reflexión de los problemas de reconocimiento y de las dificultades en la construcción de la identidad, así como el riesgo de cosificación que tiene la infancia con pluridiscapacidad y también sus progenitores. Problemas y riesgos derivados de la conducta del personal sanitario ante la etiqueta social de “niño o niña con discapacidad”.

- Y finalmente, se tratan cuestiones bioéticas relacionadas con el proceso técnico concomitante a la valoración de la discapacidad psíquica que da lugar a la certificación legal de minusvalía en los trastornos mentales. Se analizan los asuntos relacionados con el propio proceso en sí y otros que están apareciendo en las circunstancias de crisis económica, en el nuevo escenario multicultural y ante las patologías psiquiátricas emergentes.

Como explica Diego Gracia, la bioética aporta instrumentos y claves para tomar decisiones difíciles con sabiduría práctica y con prudencia, lo cual no es nada fácil cuando se tiene en cuenta las implicaciones de la ética profesional en situaciones singulares, la complejidad de los contextos y la importancia de haber deliberado de antemano sobre cómo se reflexiona, cómo se toman las decisiones y cuáles son sus consecuencias. Porque en nuestras sociedades, moralmente plurales y vertiginosamente cambiantes, como las describe Begoña Román, conviene que las decisiones que hay que tomar nos encuentren con las cuestiones pensadas y reflexionadas de antemano en los niveles profesionales y organizacionales, para poder así contribuir a que nuestras instituciones, lejos de burocratizar y poner barreras, intervengan equitativa y eficientemente en la resolución de los problemas de los ciudadanos.

Guillermo Ferrán Martínez
Director General de Asistencia Sanitaria



ÍNDICE

PRESENTACIÓN	3
PRÓLOGO	5
PRIMERA PARTE	
Cap. 1. INTRODUCCIÓN	13
<i>Juan José Moreno Murcia y M^a Jesús Megía Sanz</i>	
Cap. 2. BIOÉTICA Y SALUD MENTAL	23
<i>Juan Carlos Siurana Aparisi</i>	
Cap. 3. SALUD MENTAL Y BIOÉTICA DESDE EL ANÁLISIS MÉTRICO DE LA LITERATURA CIENTÍFICA	53
<i>Mercedes Escrig Giménez, Carlos Vergara-Hernández y M^a Jesús Megía Sanz</i>	
SEGUNDA PARTE	
Cap. 4. PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL: REFLEXIONES Y CONSIDERACIONES ÉTICAS	65
<i>Manuel Barceló Irazo</i>	
Cap. 5. EL INFORME PSICOLÓGICO CONFORME A LA ÉTICA PROFESIONAL ACTUALIZADA	77
<i>Vicente Bermejo i Frígola y Francisco José Santolaya Ochando</i>	

Cap. 6. SALUD MENTAL Y BIOÉTICA. PERSPECTIVA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA	
<i>Víctor J. Suberviola Collados, María Vázquez Costa y Ana María Costa Alcaraz</i>	93
Cap. 7. INTERVENCIÓN TEMPRANA EN LAS FASES INICIALES DE LAS PSICOSIS: CONSIDERACIONES ÉTICAS	111
<i>Tomás de Vicente Muñoz, Teresa Oliver Climent e Irene Agulló García</i>	131
Cap. 8. LA INFANCIA CON PLURIDISCAPACIDAD COMO FUENTE DE RESPETO PARA EL PERSONAL SANITARIO	147
<i>Fernando Calvo Rigual, Beatriz Beseler Soto y Gema Pedrón Marzal</i>	
Cap. 9. CUESTIONES ÉTICAS EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL Y VALORACIÓN DE DISCAPACIDADES PSÍQUICAS	147
<i>Ana Domènech Almendros</i>	
RELACIÓN DE AUTORES	168
ÍNDICE DE SIGLAS	171
ÍNDICE ANALÍTICO	172



**PRIMERA
PARTE**

1. INTRODUCCIÓN

Juan José Moreno Murcia

M^a Jesús Megía Sanz

A lo largo de los últimos años, en especial desde comienzos del siglo XXI ha habido un significativo aumento de la sensibilidad hacia los problemas asociados a la salud mental y a los trastornos relacionados con ésta, tanto en Europa como en el resto del mundo. El informe anual de la OMS, *The World Health Report 2001*, estuvo monográficamente dedicado a la salud mental. A pesar de la creciente atención política y de los avances en atención precoz, diagnóstico y tratamiento, la realidad europea, y no digamos la mundial, es muy heterogénea y la situación, lejos de mejorar puede llegar a ser peor. La crisis estructural que está sufriendo Europa en general y algunos países como el nuestro en particular, hacen pensar que no sea descartable un aumento de la frecuencia de los trastornos mentales en nuestra sociedad.

Las sociedades occidentales actuales han tomado una conciencia progresiva en las últimas décadas de exigir un tipo de enfoque a los profesionales de la salud, basado en diferentes modelos concretos y en estándares que se puedan evaluar de excelencia y calidad asistencial. Ello es así hasta el punto de que ciertos de ellos se consideran por parte de la ciudadanía como irrenunciables o deseables como signos de un buen sistema de salud. En un momento histórico de profunda crisis económica se pueden poner en tela de juicio muchas cuestiones pero estaremos todos de acuerdo en que la bioética en la salud mental y la ética en general no pueden estar, en modo alguno, cuestionadas. No son fruto de una moda o un marketing. Se trata de relaciones entre personas que no se evalúan por su precio sino por el reconocimiento y dignidad recíprocas. Pudiera esto parecer una obviedad pero en la práctica, en ocasiones, no resulta tan sencillo armonizar intereses que pueden llegar a entrar en conflicto, fruto del pluralismo y la libertad. Por el contrario, tampoco sería deseable recurrir de manera tópica a la bioética para intentar abordar todo tipo de cuestiones.

La bioética está en íntima relación con el desarrollo y la aplicación de las ciencias de la vida y con los conflictos, problemas, contradicciones y contingencias que se presentan. Abarca diversas áreas relacionadas con las ciencias de la salud. En lo referente a los trastornos mentales, en especial aquellos considerados graves o severos, existen dilemas éticos difíciles de

afrontar con justicia y equidad: el estigma, la discriminación, la potencial vulneración de derechos de los pacientes, son tres aspectos de una realidad más compleja que debe ser analizada a la luz de la reflexión bioética.

En la asistencia a los trastornos mentales la relación profesionales-pacientes no suele ser ni espontánea ni estática. En bastantes ocasiones se produce una relación asimétrica entre ambos. Una de las responsabilidades bioéticas más importantes para los profesionales de la salud mental es tomar conciencia de esa potencial asimetría para tratar de corregirla y que no acabe siendo una forma encubierta de autoridad o poder.

La bioética es considerada como una disciplina joven, sin embargo su presencia y repercusión va adquiriendo una importancia cada vez mayor, tanto en la sociedad en general como en el ámbito sanitario. Ambos mundos, sanitario y social no están separados, por el contrario se mezclan y frecuentemente entrecruzan sus convicciones, intereses y aportaciones.

La bioética contribuye a que las instituciones sanitarias intervengan en la resolución de problemas de salud que afectan a los ciudadanos, aportando claves e instrumentos que permiten hacer frente a las decisiones que rigen las actuaciones con mayor sabiduría, justicia y prudencia.

Gran parte de los problemas relacionados con la salud y en concreto en el terreno de la salud mental, no pueden ser totalmente entendidos, ni bien atendidos, si se abordan exclusivamente desde la perspectiva del sistema sanitario. No solo por la dimensión social de las enfermedades mentales, que en definitiva no dejaría de ser un aspecto común a otras enfermedades, sino también, porque el abordaje sanitario es insuficiente, pues como reconocemos de antemano, el sistema sanitario no ha sido diseñado, ni ha evolucionado hacia la adaptación necesaria que garantiza la atención adecuada a las personas con enfermedades mentales, ni tampoco hacia la resolución satisfactoria de las complejas situaciones de dimensión sanitaria que se producen alrededor de las enfermedades mentales. Es posible que ambas realidades, las que tienen que ver con las connotaciones sociales que están presentes, tanto en el origen como en las consecuencias de las enfermedades y las que tienen que ver con los desajustes entre los modelos asistenciales y las características de las enfermedades, se manifiesten con mayor frecuencia en los problemas relacionados con la salud mental.

Antes de continuar adelante conviene hacer una matización. Dada la pluralidad académica de los autores de éste libro hay algunos términos del lenguaje que no se han unificado a lo largo del texto. Por ejemplo, las

patologías mentales son denominadas, en el lenguaje nosológico científico, más bien como trastornos cuya gravedad es variable y no siguen siempre un continuum lineal y permanente. En el libro el lector encontrará más el término de enfermedad mental. Ello no pretende, en modo alguno, intentar ir contracorriente ni polemizar. Los autores que lo han utilizado lo han hecho en el sentido más amplio del término.

En el Sistema Sanitario Valenciano se puede observar un interés cada vez mayor por el desarrollo de la bioética. En el portal electrónico de la Conselleria de Sanitat se dispone de una opción de entrada a “*bioética*”, en cuya presentación se reconoce que

[...] la institucionalización de la bioética se está demostrando un instrumento imprescindible para la salvaguarda de los derechos de la o el paciente, a la vez que una herramienta eficaz para la toma de decisiones ante los conflictos más agudos que se presentan en la práctica clínica.

En la Comunitat Valenciana se dispone de un amplio repertorio legislativo expresado en la Ley 1/2003, de 28 de enero de la Generalitat Valenciana, de Derecho a la Información al Paciente y en su posterior desarrollo. La Ley 1/2003 creó el Consejo Asesor de Bioética de la Comunitat Valenciana y los Comités de Ética Asistencial, estructura fundamental que vela por la presencia activa de la bioética en sanidad.

En el Decreto 99/2004 de 11 de junio del Consell de la Generalitat Valenciana se regula la creación y acreditación de los Comités de Bioética Asistencial y se establece la necesidad de que los comités existan en todos los Departamentos o Áreas de Salud con ámbito de actuación en la Asistencia Sanitaria Pública, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada, y que también se puedan crear en el ámbito de la sanidad privada.

Los Comités Éticos Asistenciales (CEA) o los Comités de Bioética Asistencial, según la denominación adoptada a partir de 1.991, son órganos consultivos de asesoramiento y orientación de la sanidad en materia de bioética que están al servicio de la profesión, de los gerentes, y de los usuarios de las instituciones sanitarias. Fueron creados con la finalidad de examinar y asesorar la resolución de conflictos éticos que pueden surgir en el ejercicio de la labor asistencial para que la dignidad de la persona y la calidad asistencial queden garantizadas. Consisten en un espacio de encuentro, reflexión y deliberación de las diferentes posiciones científicas y morales de los miembros que los integran y su misión se dirige a orientar la resolución de problemas éticos que se presentan en la clínica cuando surge un conflicto de valores y proponer pautas de actuación ante las dudas.

Los CEA son órganos de reciente creación. El primero que hubo en España fue el del hospital privado de Sant Joan de Déu de Barcelona que se creó en 1.982, posteriormente se creó el del hospital público de La Princesa de Madrid en el año 1.995. En la Comunitat Valenciana existen 23 CEA acreditados. Todavía no se ha completado la implantación generalizada y la consolidación de los CEA en las instituciones sanitarias.

El terreno de la atención a la salud mental es uno de los contextos sanitarios en el que las relaciones de las personas con los centros y servicios sanitarios pueden ser más complejas. Nadie que se sienta interesado o implicado en temas relacionados con la salud mental cuestionaría a estas alturas, la existencia de dilemas y conflictos éticos en las relaciones que se producen en la atención sanitaria a personas que acuden a la sanidad por temas relacionados con trastornos mentales. Es más, tampoco se dudaría de que en muchos casos los problemas que se plantean en salud mental pudieran ser incluso más amplios y más graves y aun así quedar peor resueltos que en el resto de enfermedades en general.

Las personas con enfermedad mental se encuentran con frecuencia en circunstancias o en condiciones sociales que hacen posible que se produzcan distribuciones injustas de los determinantes que influyen en la salud, de manera que esas personas pueden ser objeto de desigualdades sociales. Cabe pensar que el sistema sanitario tampoco llega a garantizar plenamente la equidad y la igualdad de oportunidades en la prestación de bienes y servicios que necesitan los pacientes que sufren enfermedades mentales.

Cuestiones que en general se consideran abordadas —y en gran medida superadas— por la consolidación de la práctica asistencial del sistema, tales como la igualdad de acceso a los servicios y prestaciones, la disponibilidad de información, el respeto al paciente, a la autonomía, a la confidencialidad, la bondad, la beneficencia y un largo etcétera, quedan todavía pendientes de afrontamiento y desarrollo específico en el campo de la salud mental. El mero hecho de pensar en temas como el principio de inclusión, la consideración de todas las personas como interlocutoras válidas, las limitaciones en la capacidad de comunicación de las personas afectadas por enfermedades mentales con los profesionales sanitarios y con la propia organización, las dificultades para formular y canalizar sus demandas o sus quejas y para conseguir que éstas sean atendidas en la red sanitaria, los déficits de respeto y de reconocimiento de que son objeto ellas mismas e incluso sus familiares, ya hacen patente la necesidad de profundizar en esta línea de trabajo.

A pesar de que la salud mental se considera un ámbito de especial sensibilidad ante las inquietudes planteadas por la bioética, cuando nos aproxima-

mos a conocer algunas señales o indicadores de su presencia, sorprende que no aparezca reflejada con la intensidad que se esperarí. Por ejemplo, en las memorias anuales que elaboran los CEA de la Comunitat Valenciana, a penas se identifican temas relacionados con la salud mental entre las cuestiones de carácter ético que han sido tratadas en las sesiones de trabajo.

Otro ejemplo, en el sistema de recepción y tramitación de quejas registradas sobre los servicios asistenciales, disponible en el Sistema Valenciano de Salud, la frecuencia de quejas relacionadas con los ser vicios de salud mental es relativamente pequeña; 1,20 % en el año 2.008 y 1,45 % en el año 2.011. De ellas más de la mitad se refieren a falta de personal, según se recoge el sistema de clasificación incorporado al mencionado sistema. Llama la atención que en otras agrupaciones de quejas en las que se incluyen aspectos que pudieran tener que ver con la bioética, tales como los que se refieren a normas, tratamientos, educación, cortesía, información, comunicación y descuido en la atención, la representación de la salud mental es casi inexistente.

Y una tercera observación. El análisis documental que se ha incorporado en este trabajo apunta en los resultados hacia una producción científica inferior a la esperada si se considera la presencia creciente del tema de la bioética en el ámbito sanitario.

A pesar de lo dicho en párrafos anteriores, parecería prudente no inferir que es baja la frecuencia de conflictos éticos en la atención sanitaria a las personas afectadas por enfermedades mentales. Más bien nos inclinamos por pensar que no han sido aplicados instrumentos de detección suficientemente sensibles para evidenciar los problemas y su magnitud. Al igual que ocurre en otras realidades que afectan a grupos de población desfavorecida, los conflictos bioéticos relacionados con la salud mental permanecen ocultos en gran medida, sin que se conozca su verdadera dimensión.

Ese es uno de los retos que ha motivado este trabajo en el que se pretende abordar las relaciones existentes entre la bioética y la salud mental tratando de impulsar el reconocimiento y la valoración de la realidad que existe en dichas relaciones y que se propone, además, insistir en el debate, en la reflexión y en el diálogo acerca de los temas bioéticos que están presentes en la actividad sanitaria desarrollada sobre las personas que padecen enfermedades mentales.

Estas y otras reflexiones pueden conducirnos a preguntarnos porqué un libro sobre bioética y salud mental. Hay muchas argumentaciones. A no-

sotros nos parece una cuestión de prioridades. Los trastornos mentales han tenido históricamente una gran dosis de invisibilidad y toda vía la continúan manteniendo, especialmente aquellos denominados graves o severos. Los pacientes con este tipo de patologías no tienen en su día a día las mismas posibilidades vitales, el mismo respeto ni el mismo futuro que el resto de la población general. Es una parte del estigma asociado a ese grupo de pacientes. Pero también es una cuestión relacionada directamente con derechos humanos y bioética. De hecho no es infrecuente que las personas que sufren trastornos mentales graves y sus familiares que padecen ese estigma, reivindiquen “beneficiarse” de las actitudes complacientes y normalizadoras que la sociedad tiene hacia enfermedades crónicas, en general.

El libro que presentamos es un crisol de opiniones plurales sobre muy diversos enfoques de la salud mental y sus patologías a la luz de una perspectiva bioética. En el texto se encuentran ejemplos que nos lleva a la realidad en la que aparecen los problemas y las situaciones que plantean las dificultades éticas involucradas en la atención a personas que sufren trastornos mentales graves y se hacen aportaciones que suscitan un pensamiento amplio y constructivo. Los autores reflexionan desde diferentes puntos de observación y de experiencia profesional, todos ellos distintos, pero complementarios, sobre consideraciones y consecuencias bioéticas a las que se enfrentan no sólo los profesionales de la salud que atienden las patologías mentales, sino también las propias personas que las sufren, que son, en última instancia, las más directamente afectadas.

El objetivo del libro y a se ve reflejado desde el principio en el diseño de la portada con la que colabora el pintor valenciano Artur Heras, a partir de una pintura suya titulada: “El psicoleg va recomanar als pares del xiquet una terapia plàstica”. En ella se concentran imágenes y signos de comunicación que contienen grandes dosis de energía plástica e intelectual en los rasgos y símbolos que utiliza.

El contenido del libro se estructura en nueve capítulos distribuidos en dos partes, una primera introductoria y una segunda temática. Tras la introducción, inicia el texto el capítulo sobre Bioética y Salud Mental de Juan Carlos Siurana que empieza presentando un recorrido histórico sobre el desarrollo y los avances de la ética biomédica. A continuación incorpora el debate internacional sobre la fundamentación de la bioética que transita desde el lenguaje de los principios al lenguaje de los valores, apuntando el debate sobre los usos y limitaciones de la bioética principialista de Beauchamp y Childress y sobre las éticas de la virtud y el método narrativo. Plantea la co-

nexión con los valores universales que constituyen el núcleo de la dignidad humana, con las ideas de valor interno y valor absoluto de Adela Cortina y resalta el valor de la salud y las metas de la medicina, hasta llegar a la ética en psiquiatría, al reconocimiento, a la aceptación de la enfermedad mental en medicina a partir del s. XX y las cuestiones que preocupan; el terapeuta, la enfermedad, las condiciones y los problemas éticos sobre la legitimidad de la psicoterapia, el abuso de la farmacoterapia y la neutralidad de la asistencia en cuanto a valores éticos. Se va introduciendo en los aspectos bioéticos presentes en la salud mental, con ideas como la limitación de la autonomía, la competencia mental, la competencia comunicativa, el reconocimiento y la validez del interlocutor, la vulnerabilidad y la dependencia.

Como consecuencia de todo ello se observa una gran atención a los temas éticos: desde el primer código ético en psiquiatría, la Declaración de Hawái de 1977 de la Asociación Psiquiátrica Mundial y sus actualizaciones, hasta la gran profusión de códigos éticos disponibles en psiquiatría y las grandes cuestiones en ellos reflejadas, entre las que señala las dificultades para ejercer derechos y obligaciones de las personas con enfermedad mental severa, la capacidad del paciente para tomar decisiones relacionadas con la enfermedad y con su salud y la hospitalización involuntaria.

En el tercer capítulo, Mercedes Escrig, Carlos Vergara y M^a Jesús Megía realizan un estudio bibliométrico de la literatura científica internacional disponible en la base de datos Web of Science (WoS) para los últimos 10 años, sobre la materia bioética y salud mental, analizando la producción, visibilidad, repercusión científica y las principales categorías temáticas identificadas, las cuales aparecen centradas en los aspectos relacionados con la actividad asistencial y en menor grado en temas de investigación. Muestran la cantidad y distribución de los documentos identificados según distintos tipos (artículos, editoriales, revisiones, actas de congresos), la dispersión o concentración de documentos en las publicaciones específicas y la repercusión de las referencias, valorada a través de los índices de citas. El análisis documental realizado apunta sus resultados hacia una producción científica inferior a la esperada, si se considera el auge y la presencia creciente del tema de la bioética en ámbitos especializados.

En el capítulo cuarto, introduciendo la segunda parte del libro, Manuel Barceló trata sobre reflexiones y consideraciones éticas de la prevención en salud mental. Presenta, describe y argumenta fórmulas preventivas frente a enfermedades mentales aplicables en ámbitos familiares, sociales, individuales, en grupos y en asociaciones, atendiendo a la importancia de los estilos de

vida y a la influencia de los medios de comunicación. Propone métodos psicológicos, sociológicos, de recuperación de valores, incluidos los valores de la ética personalista y la información amplia, veraz y comprensible. La ética de mínimos también se cita entre los argumentos que apoyan la prevención. Reflexiona sobre los principios en los que se asienta la práctica médica y sus limitaciones. Entra en el gran problema de salud pública que supone el suicidio, en la persistencia del miedo ancestral y el rechazo a “la locura” y justifica el reto necesario de entender y aceptar la enfermedad mental.

En el capítulo quinto Vicent Bermejo y Francisco Santolaya plantean el fundamento deontológico que debe regir el Informe Psicológico, (documento cada vez más solicitado y valorado por los usuarios de los servicios profesionales de psicología). El respeto a la dignidad, la competencia acorde con la capacitación, la motivación del informe, las necesarias cautelas para preservar los requisitos legales y los principios fundamentales que rigen la ética profesional, son abordados a lo largo del texto. Se detienen especialmente en el respeto a la autonomía y al consentimiento informado en circunstancias particulares en las que subyacen conflictos de intereses.

Víctor Suberviola, Ana M^a Costa y María Vázquez abordan, en el capítulo sexto, el tema de las relaciones entre salud mental y bioética desde la Atención Primaria, en la línea de un reconocimiento recíproco de capacidades que tendría como consecuencia mejorar la sostenibilidad del sistema de salud. Inician su exposición con la reflexión sobre las necesidades de mejora en cuestiones organizativas entre los niveles asistenciales, planteando situaciones concretas. Describen intervenciones de profesionales efectivas frente a problemas de salud mental que se presentan con frecuencia en las consultas de atención primaria, reforzando el papel de diferentes profesionales y dejando manifiesta la necesaria aportación del psicólogo que se extiende más allá de las enfermedades mentales, alcanzando las dimensiones psicológicas de las enfermedades físicas.

Tomás de Vicente, Teresa Oliver e Irene Agulló en el capítulo séptimo, explican la importancia de la detección y de la intervención temprana en las psicosis, no solo por la repercusión favorable en el curso de la esquizofrenia y de otras psicosis graves, así como por las consecuencias derivadas del retraso de tratamiento o de las psicosis no tratadas; sino también por la responsabilidad ética que subyace en la calidad de la práctica asistencial aplicada a estas enfermedades. Plantean que el diagnóstico y la intervención precoz en todos los estadios identificados no están exentos de problemas. La imprecisión y la incertidumbre diagnóstica han dado lugar a controversias entre criterios profesionales y han generado un debate entre las ventajas reconocidas de la intervención terapéutica en personas jóvenes y los riesgos que permanecen. A

pesar de que la literatura científica apoya la concordancia de evidencias frente a los beneficios del tratamiento integral del primer episodio psicótico, los autores sostienen que es necesario avanzar en la investigación.

El capítulo octavo trata sobre “la infancia con pluridiscapacidad como fuente de respeto para el personal sanitario”. Fernando Calvo, Beatriz Beseler y Gema Padrón nos presentan una reflexión profunda sobre los problemas de reconocimiento, (en el sentido del término que aplica Honneth) de estos niños y las dificultades en la construcción de la identidad y de la individualidad frente al riesgo de cosificación que genera la conducta del personal sanitario derivada de la etiqueta social de niño o niña con discapacidad. Ambas cuestiones afectan también a los progenitores, especialmente a la madre por su papel preferente y a las relaciones que establecen entre ellos mismos y cada uno con el sistema sanitario y con la esfera pública en general. Minuciosamente se describen las situaciones, las conductas, las actitudes y los riesgos de alienación y de reificación con la intención de sacar a la luz las complejas relaciones que se dan en este caso, entre los niños y niñas y su entorno familiar y sanitario. Se apuntan interesantes lecciones para los profesionales.

En el capítulo nueve Ana Domènech aborda una serie de cuestiones éticas que surgen en el proceso técnico concomitante a la valoración de la discapacidad psíquica resultante de los trastornos mentales que da lugar a la certificación legal de minusvalía. En primer lugar introduce brevemente el marco legal y administrativo que sustenta la calificación de minusvalía psíquica, así como a las aplicaciones a que el certificado da derecho para, posteriormente, pasar a describir el procedimiento seguido por los psicólogos de los equipos de valoración para emitir sus diagnósticos y dictámenes. El corpus central del capítulo supone una reflexión personal acerca de la prudencia en el diagnóstico, considerando en ello las limitaciones y los riesgos de los criterios e instrumentos que se vienen utilizando. Refuerza la importancia y la responsabilidad del componente ético del valorador, del solicitante y del gestor, anclado en los principios fundamentales de la bioética. También hace alusión al efecto perverso de la crisis económica que ha supuesto un incremento de solicitudes de minusvalía en el caso de trastornos mentales leves a fin de acceder a una serie de prestaciones económicas o ventajas de otro tipo. Concluye esbozando algunos dilemas éticos con los que se enfrentan los psicólogos de valoración de minusvalías psíquicas ante el nuevo escenario multicultural y las patologías psiquiátricas emergentes.

Una vez más es necesario decir que la morbilidad relacionada con la salud mental, a pesar de ser reconocida como de gran importancia, siempre



ha sido atendida de manera insuficiente en el sistema sanitario y también cabe plantear que es sorprendentemente escasa la representación que vemos a través de los cauces que ha abierto la bioética en sanidad, de los dilemas y conflictos relacionados con las personas que establecen contacto con el sistema sanitario por trastornos diagnosticados o identificados en la esfera de la salud mental. Ambas consideraciones conducen a la necesidad de revisar, desde el punto de vista ético, los problemas que aparecen en las relaciones entre los pacientes aquejados de trastornos mentales con su entorno y con el sistema sanitario. En ciertos casos, dichos pacientes no tienen reconocida la competencia comunicativa y ni siquiera son considerados como interlocutores válidos en las relaciones comunicativas con los profesionales de la red sanitaria. Teniendo en cuenta, además, que es más difícil asegurar la defensa de la dignidad y de la equidad en los pacientes que sufren enfermedades mentales, cabría preguntarse si el campo sanitario de la salud mental tendría que mantener una especificidad propia en el ámbito de la bioética.

A nuestro entender, los aspectos éticos relacionados con la salud mental deberían estar presentes en la red, en la estructura, en la actividad sanitaria del Sistema Valenciano de Salud y sobretodo en los Comités de Bioética Asistencial, de manera que los conflictos y dilemas se hagan patentes, se planteen y estén debidamente representados, para ayudar a resolver los problemas éticos que ocurren en la práctica clínica.

No se trata solo de llegar a formular recomendaciones, reglas o protocolos que orienten a los profesionales en las decisiones y actuaciones clínicas y asistenciales. Se trataría de ir más allá, iniciar una línea de esfuerzo y trabajo futuro sobre salud mental y bioética que esté presente en las prestaciones asistenciales y en nuestra cartera de servicios y que tenga, además dimensiones preventivas, formativas, de investigación y de divulgación del conocimiento. Nuestro propósito va dirigido a incorporar una línea estratégica de intervención que impregne los ejes de actuación de las políticas y planes de la Sanidad Valenciana.

2. BIOÉTICA Y SALUD MENTAL

Juan Carlos Siurana Aparisi

EL PATERNALISMO DE LA GRECIA CLÁSICA¹

La ética médica nace en Grecia en torno a los siglos V y VI a. C. logrando sus aportaciones más relevantes en el seno de la escuela hipocrática.²

En esa época, la enfermedad es vista como un desorden en el interior de la persona, y el médico es el profesional capacitado para poner orden en ese cuerpo. El paciente es considerado incapaz de saber lo que le conviene para restablecer el orden perdido, la salud. Por lo tanto, el paciente debe obedecer al médico en todo, colaborar con él en la restauración de la salud, cumpliendo las órdenes que éste como experto estime oportunas.

En ese contexto histórico, se considera que el médico que se comporta éticamente con el paciente es el que actúa buscando el bien del paciente, y que la persona más indicada para saber en qué consiste el bien del paciente es el propio médico.

La ética médica griega está impregnada, por lo tanto, del llamado “paternalismo”, que consiste en tratar a un paciente como un padre trata a un hijo pequeño, pues el médico actúa buscando el bien del paciente pero sin consultarle su opinión al respecto.

En uno de los textos hipocráticos podemos leer que el médico no debe *“dar a los profanos más explicaciones que las estrictamente necesarias, pues eso suele ser forzosamente una incitación a enjuiciar el tratamiento”*.³

Y añade:

Haz todo esto con calma y orden, ocultando al enfermo, durante tu actuación, la mayoría de las cosas. Dale las órdenes oportunas con amabilidad y dulzura, y distrae su atención; repréndele a veces estricta y severamente, pero, otras,

¹ Para la elaboración de este apartado me baso principalmente en Pablo Simón e Inés M^a Barrio, “Medicina y enfermería”, en A. Cortina y J. Conill (dirs.), 10 palabras clave en ética de las profesiones, Verbo Divino, Estella (Navarra), 2000, pp. 213-255.

² Hipócrates debió nacer en torno al 460 a.C. y morir entre 375-351 a.C.

³ “Sobre la decencia”, 7, 16. Cf. Tratados hipocráticos I. Sobre el médico (edición de C. García Gual), Gredos, Madrid, 1983.

ánimale con solicitud y habilidad, sin mostrarle nada de lo que le va a pasar ni su estado actual, pues muchos acuden a otros médicos por causa de esa declaración.⁴

La ética médica mantuvo esta concepción durante siglos.

LA APARICIÓN DE LOS COLEGIOS PROFESIONALES

En el siglo XVII surgen los colegios de médicos, el primero de los cuales se crea en Inglaterra. El objetivo es controlar la formación y la titulación de los médicos, así como su ejercicio dentro de la sociedad. En el marco de esos colegios se desarrolla una ética médica colegial destinada a ejercer control sobre el comportamiento de los profesionales —y que, por eso mismo, sigue defendiendo la impunidad jurídica de la profesión médica—.

Thomas Percival, que nace en 1740 y muere en 1804, es un médico preocupado por la ética de su profesión. A petición de los profesionales del Hospital de Manchester, redacta un esquema de conducta profesional que acaba publicando en 1803 con el título de *Ética médica*⁵. Allí entiende que el médico profesional es el que sabe comportarse adecuadamente consigo mismo, con sus pacientes, con sus colegas médicos y con la sociedad en su conjunto.

En su obra, Percival está ya influido por el pensamiento de la Ilustración que defiende la autonomía moral de las personas, y se pregunta si no habría que considerar al enfermo como alguien con derecho a ejercer su autonomía y a decidir sobre su propia salud.

Diego Gracia considera a la propuesta de Percival, un “*paternalismo juvenil*”, pues el enfermo ya no es un niño, pero tampoco un adulto. Es un adolescente al que puede dejársele decidir a no ser que ponga en serio peligro su salud⁶.

El libro de Percival influye directamente en el primer código ético de una organización médica profesional: el de la *American Medical Association*, promulgado en 1847.

Por esos años comienza a configurarse también la profesión de enfermería, que nace como tal en 1859, fecha en la que Florence Nightingale

⁴ Ibid.

⁵ Cf. Thomas Percival, *Medical Ethics; or, a Code of Institutes and Precepts, adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons*. Third Edition, John Henry Parker, Oxford, 1849.

⁶ Cf. Diego Gracia, *Fundamentos de bioética*, Triacastela, Madrid, 2008.

publica sus *Notas sobre enfermería*⁷, resultado de más de 14 años de observación y reflexión sobre lo que es cuidar a personas enfermas junto a su lecho. El texto se mantiene más próximo a los tratados hipocráticos que a las nuevas propuestas inspiradas en Percival.

Con Nightingale, la profesión nace subordinada al médico y considerada como una actividad realizada por mujeres. Por ello, su actitud frente al paciente no es paternalista, sino *maternalista*.

La relación es, por tanto, la del padre-médico omnisciente y todopoderoso que ordena lo que debe hacerse, tanto al niño-paciente como a la madre-enfermera. La madre-enfermera fiel y obediente al padre-médico, pero que gobierna con una firme dulzura los comportamientos del niño-paciente en la búsqueda de su bienestar.

Así Nightingale escribe:

Generalmente se supone que la enfermera está allí para ahorrar al enfermo ejercicio físico —yo más bien diría para evitar que tenga que pensar por sí mismo—. Y estoy completamente segura de que, si al enfermo se le ahorra el esfuerzo mental y no todo el esfuerzo físico, él ganaría infinitamente más.⁸

LA REIVINDICACIÓN DE LA AUTONOMÍA DE LOS PACIENTES EN EL SIGLO XX⁹

El siglo XX supone un cambio importante en la ética de los profesionales de la salud. En este período va desarrollándose cada vez más la idea de que las opiniones de los pacientes tienen que ser respetadas y que es necesario su consentimiento informado antes de realizar sobre ellos una intervención médica. Podríamos decir que se transita del “*paternalismo juvenil*” de Percival a la defensa de la autonomía del paciente. Algunos de los hitos históricos que desembocaron en esta nueva ética de los profesionales de la salud, fueron los siguientes: La sentencia del caso *Schloendorff v. Society of New York Hospitals* de 1914, donde se exige el consentimiento del paciente antes de una intervención; El Código de Núremberg de 1948; la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, proclamada por la Asamblea de las Naciones Unidas en 1948¹⁰; la sentencia del caso *Salgo v. Leland Stanford Jr.*

⁷ Cf. Florence Nightingale, *Notas sobre enfermería*, Masson-Salvat, Barcelona, 1990.

⁸ *Ibid.*, pp. 110-111.

⁹ Cf. Pablo Simón, *El consentimiento informado. Historia, teoría y práctica*, Triacastela, Madrid, 2000.

¹⁰ “Declaración Universal de los Derechos Humanos”, en Ana Casado Osuna, *Textos básicos de Naciones Unidas. Relativos a Derechos Humanos y estudio preliminar*, Universidad de Sevilla, Sevilla, 1997, pp. 75-81.

University Board of Trustees, en 1957, donde se exige que el consentimiento sea informado; la *Declaración de Helsinki*, de 1964 adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, revisada en numerosas ocasiones, que contenía “*Recomendaciones para orientar a los médicos en los trabajos de investigación biomédica con sujetos humanos*”; el Código Ético Internacional de la Enfermería, aprobado en 1953, revisado en 1973 y 1989, que irá incorporando cada vez una mayor sensibilidad hacia los derechos del ser humano y, en su caso, de los pacientes; la sentencia del caso *Canterbur y v. Spence*, que en 1972 estableció como estándar de información la que quisiera conocer un *paciente razonable*; las cartas de derechos de los pacientes¹¹, así, la primera Carta de Derechos del Paciente, fue aprobada en Estados Unidos por la Asociación Americana de Hospitales (AHA) en 1973; por su parte, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa aprobó en 1976 la *Recomendación 779 sobre derechos de los enfermos y moribundos*, compuesta de 10 considerandos preliminares y 4 recomendaciones específicas.

Pero el documento que más ha influido para incluir la dimensión de la autonomía en la ética de los profesionales de la salud es, probablemente, el *Informe Belmont*. Este documento recoge no solamente la tradición de la ética médica desde Hipócrates, sino que se hace eco también de las orientaciones éticas más recientes en las profesiones sanitarias, centrándose en la ética de la investigación. Este informe propone un referente ético que ha tenido un gran impacto internacional: los principios de la bioética.

EL INFORME BELMONT

El *Informe Belmont* se elabora como resultado de algunos escándalos ocurridos en Estados Unidos, especialmente el experimento Tuskegee¹². Dicho experimento se había iniciado en 1932 y estudiaba la evolución de la sífilis. En 1947 la penicilina se había convertido en un medicamento eficaz para tratar la sífilis, pero los investigadores del experimento Tuskegee no informaron de ello a los participantes en su investigación, para seguir comprobando cómo evolucionaba la enfermedad. Coincidió, sospechosamente, que los sujetos de investigación pertenecían a los estratos más pobres de la población y eran de raza negra. El estudio continuó hasta 1972 cuando una filtración a la prensa causó su fin.

¹¹ Cf. Juan Carlos Siurana, “Hacia una carta de derechos y deberes de los usuarios de los servicios sanitarios”, en Domingo García Marzá (dir), *La apuesta ética en las organizaciones sanitarias*, Publicaciones de la Universitat Jaume I, Castellón, 2005, pp. 35-61.

¹² Cf. http://es.wikipedia.org/wiki/El_experimento_Tuskegee, consultada el 7 de octubre de 2009.

Como consecuencia de esos escándalos, en el año 1974 el Congreso de los Estados Unidos crea la *National Commision for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Beha vioral Research* para identificar los principios éticos básicos que deben regir la investigación con seres humanos en las ciencias del comportamiento y la biomedicina. En 1978 los comisionados publican el *Informe Belmont (Belmont Report)*¹³. Este documento se convierte entonces en el referente del principialismo en bioética.

El principialismo defiende que existen algunos principios generales descubiertos en el ámbito de la ética biomédica y que deben ser respetados cuando se plantean conflictos éticos en la investigación o en la práctica clínica. Diego Gracia ha hecho una magistral exposición de la historia de estos principios desde la antigüedad clásica hasta la actualidad¹⁴.

El *Informe Belmont* distingue tres principios éticos básicos: respeto por las personas, beneficencia, y justicia.

1. El *respeto por las personas* incorpora dos convicciones éticas: “*La primera consiste en que todos los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, y la segunda en que todas las personas cuya autonomía está disminuida tienen derecho a la protección.*”¹⁵.

Este informe entiende que “*Una persona autónoma es un individuo que tiene la capacidad de deliberar sobre sus fines personales y de obrar bajo la dirección de esta deliberación.*”¹⁶.

Las personas son respetadas cuando entran en la investigación voluntariamente y después de haber obtenido una información adecuada.

2. La *beneficencia* consiste en la obligación de hacer un esfuerzo por asegurar el bienestar de las personas basándose en dos reglas: a) no hacer daño y b) extremar los posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos. La máxima hipocrática “no hacer daño” ha sido durante mucho tiempo un principio fundamental de la ética médica. Además, mediante el *Juramento Hipocrático* el médico afirma que buscará el bienestar del paciente “*según mi capacidad y mi recto*

¹³ _ Cf. “Informe Belmont de 30 de septiembre de 1978”, en María Casado y otros, *Las leyes de la bioética*, Gedisa, Barcelona, 2004, pp. 85-111.

¹⁴ _ Cf. Diego Gracia, *Fundamentos de bioética*, Eudema, Madrid, 1989.

¹⁵ _ “Informe Belmont”, op. cit. p. 92.

¹⁶ _ Ibid.



*entender*¹⁷. La idea de buscar el bien del paciente según el criterio del médico da origen, como hemos visto, al *paternalismo*, actitud muy presente en la tradición médica, y que considera a los enfermos como seres pasivos a los que se procura el bien como a niños.

3. El principio de *justicia* responde al problema de la distribución de los beneficios y cargas de la investigación. Para que esta distribución sea justa se ofrecen los siguientes criterios: 1) a cada persona una parte igual, 2) a cada persona según su necesidad individual, 3) a cada persona según su propio esfuerzo, 4) a cada persona según su contribución a la sociedad, y 5) a cada persona según su mérito. Durante el siglo XIX y la primera parte del siglo XX la tarea de servir como sujetos de investigación recae fundamentalmente sobre los pacientes más pobres, mientras que los beneficios de un mejor cuidado médico son disfrutados por los pacientes ricos, esto es manifiestamente injusto.

Según el informe, la aplicación de estos principios lleva a considerar respectivamente tres requerimientos: el consentimiento informado, la evaluación de los riesgos y beneficios, y la selección imparcial de los sujetos de investigación.

LOS PRINCIPIOS DE LA ÉTICA BIOMÉDICA DE TOM. L. BEAUCHAMP Y JAMES F. CHILDRESS

El *Informe Belmont* sólo se refiere a las cuestiones éticas surgidas en el ámbito de la investigación clínica por la experimentación con seres humanos. Tom L. Beauchamp, miembro de la *National Commission*, y James F. Childress, en su famoso libro *Principles of Biomedical Ethics*¹⁸, publicado por primera vez en 1979 y revisado en varias ocasiones, reformulan estos principios para ser aplicados a la ética biomédica en general y a la ética asistencial en particular. Estos autores defienden los siguientes cuatro principios:

Respeto de la autonomía

La palabra "*autonomía*" proviene del griego y significa "*autogobierno*". Se usa por primera vez para referirse a la capacidad de autogobierno de las ciudades-estado griegas independientes.

¹⁷ "Juramento", Tratados hipocráticos, Alianza, Madrid, 1996, pp. 86-87.

¹⁸ Cf. Tom L. Beauchamp y James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*. Sixth Edition, Oxford University Press, Nueva York / Oxford, 2009. En adelante, citamos según la cuarta edición de 1994.

Para Beauchamp y Childress, el individuo autónomo es el que *“actúa libremente de acuerdo con un plan autoescogido”*¹⁹.

La autonomía es un concepto que admite grados, por eso, a Beauchamp y Childress, para tomar decisiones en casos clínicos, no les interesa tanto el concepto de autonomía como la noción de acción autónoma. Para estos autores, una acción es autónoma cuando el que actúa lo hace a) intencionalmente, b) con comprensión y c) sin influencias controladoras que determinen su acción. La intencionalidad no admite grados, la comprensión y la coacción sí. Para poder determinar si una acción es autónoma, tenemos que conocer si es o no intencional y, además, comprobar si supera un nivel substancial de comprensión y de libertad de coacciones, y no si alcanza una total comprensión o una total ausencia de influencias. A estas acciones se las llama substancialmente autónomas, pero no completamente autónomas.

Beauchamp y Childress nos dan algunas reglas para tratar a las personas de manera autónoma:

1. *“Di la verdad”*.
2. *“Respetar la privacidad de otros”*.
3. *“Proteger la confidencialidad de la información”*.
4. *“Obtener consentimiento para las intervenciones a pacientes”*.
5. *“Cuando te lo pidan, ayudar a otros a tomar decisiones importantes”*.

Según Beauchamp y Childress este principio no cubre a las *“personas no autónomas”*. Así escriben:

El principio no debe ser usado por personas que no pueden actuar de una manera suficientemente autónoma (...) porque son inmaduros, incapacitados, ignorantes, coaccionados o explotados. Niños, individuos irracionalmente suicidas y pacientes drogodependientes son ejemplos típicos.²⁰

El paradigma de la autonomía en ética biomédica es el consentimiento informado. El consentimiento, no obstante, puede ser mecánico o hecho a regañadientes, y esto ocurre cuando el paciente es sometido a intensas presiones que hacen que resulte inválido. También es el principio de autonomía el que está a la base de las voluntades anticipadas.

¹⁹ _ Ibid. p. 121.

²⁰ _ Ibid. p. 127.

Las voluntades anticipadas son de declaraciones orales o, preferiblemente, escritas, dirigidas al personal sanitario y a otras personas significativas, donde una persona expresa los tratamientos que desea o no desea que se le apliquen en diversas circunstancias médicas futuras, para que dirijan la toma de decisiones médicas cuando ella y a no tenga la capacidad de expresarse por sí misma. De las voluntades anticipadas, como ampliación del principio de autonomía, me he ocupado detalladamente en otros trabajos ²¹. Aquí señalaré solamente uno de sus aspectos polémicos: hay un cierto debate sobre la evolución de la personalidad cuando se pasa por las diversas fases de la enfermedad de Alzheimer o de una demencia severa en general. Algunos dicen que la personalidad cambia de modo tan radical que no podemos decir que tenemos a la misma persona. Este argumento se utiliza para rechazar la aplicabilidad de las voluntades anticipadas en los casos de demencia. Según Beauchamp y Childress, del mismo modo que ocurre con el respeto de los deseos previos de los muertos, respetamos los deseos autónomos previamente expresados por las personas ahora incapaces severamente dementes a causa de nuestro respeto por la autonomía de la persona que tomó la decisión, tanto como por nuestro interés en asegurar el control sobre nuestras vidas antes de volvernos incapaces²².

No-maleficencia

El principio de no-maleficencia hace referencia a la obligación de no infringir daño intencionadamente. Este principio se inscribe en la tradición de la máxima clásica "*primum non nocere*" ("*lo primero no dañar*"). Aunque la máxima como tal no se encuentra en los tratados hipocráticos, sí que existe una obligación de no-maleficencia expresada en el juramento hipocrático. Así, sobre el uso del régimen para el beneficio de los pacientes, este juramento dice: "*si es para su daño (...) lo impediré*"²³.

Algunos filósofos consideran a la no-maleficencia y la beneficencia como un mismo principio. Para Beauchamp y Childress la obligación de no dañar a otros, por ejemplo, no robar, no lastimar o no matar, es claramente distinta a la obligación de ayudar a otros, por ejemplo, ofrecer beneficios, proteger intereses o promover bienestar.

²¹ _ Cf. Juan Carlos Siurana, *Voluntades anticipadas. Una alternativa a la muerte solitaria*, Trotta, Madrid, 2005.

²² _ Tom L. Beauchamp y James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, op. cit. p. 132.

²³ _ "Juramento", en *Tratados hipocráticos* op. cit, p. 87.

Este principio solicita “no dañar”. Una persona daña a otra cuando lesiona los intereses de ésta. Estos intereses pueden considerarse de manera amplia como son los referidos a la reputación, la propiedad, la privacidad o la libertad. Definiciones más estrechas se refieren a intereses físicos y psicológicos, como la salud y la vida. Beauchamp y Childress en el diseño del principio de no-maleficencia se concentran en *“los daños físicos, incluyendo el dolor, la discapacidad y la muerte, sin negar la importancia de los daños mentales y las lesiones de otros intereses”*²⁴. En particular enfatizan las acciones que causan o que permiten la muerte o el riesgo de muerte.

Reglas típicas referidas al principio de no-maleficencia son las siguientes:

1. *“No mate”*.
2. *“No cause dolor o sufrimiento a otros”*.
3. *“No incapacite a otros”*.
4. *“No ofenda a otros”*.
5. *“No prive a otros de aquello que aprecian en la vida”*.

Para aplicar el principio de no-maleficencia estos autores piensan que es necesaria la distinción entre medios de tratamiento obligatorios y medios de tratamiento opcionales, y una consideración de la proporción entre beneficios y cargas. La distinción entre matar y dejar morir con el correspondiente debate sobre la eutanasia, así como la negativa a realizar un tratamiento fútil o a practicar el encarnizamiento terapéutico, son algunos de los temas de bioética en cuya justificación se apela, entre otros principios, al de no-maleficencia.

Beneficencia

Si la no-maleficencia consiste en no causar daño a otros, la beneficencia consiste en prevenir el daño, eliminar el daño o hacer el bien a otros. Mientras que la no-maleficencia implica la ausencia de acción, la beneficencia incluye siempre la acción. Beauchamp y Childress distinguen dos tipos de beneficencia: la beneficencia positiva y la utilidad. La *beneficencia positiva* requiere la provisión de beneficios. La *utilidad* requiere un balance entre los beneficios y los daños.

En el lenguaje habitual, la beneficencia hace referencia a actos de buena voluntad, amabilidad, caridad, altruismo, amor o humanidad. La bene-

²⁴ Cf. Tom L. Beauchamp y James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*. Fourth Edition, op. cit., p. 193.

ficencia puede entenderse, de manera más general, como todo tipo de acción que tiene por finalidad el bien de otros. Si la *benevolencia* se refiere a la voluntad de hacer el bien, con independencia de que se cumpla o no la voluntad, la *beneficencia*, en cambio, es un acto realizado por el bien de otros. Pero cuando Beauchamp y Childress hablan del *principio de beneficencia*²⁵ no se refieren a todos los actos realizados para hacer el bien, sino sólo a aquellos actos que son una exigencia ética en el ámbito de la medicina. Según estos autores, con independencia de que seamos o no utilitaristas, antes de realizar un tratamiento sobre un paciente, estamos obligados a hacer un balance de sus beneficios y riesgos, siendo por tanto inevitable la orientación utilitarista.

Algunos ejemplos de reglas de beneficencia son las siguientes:

1. Protege y defiende los derechos de otros.
2. Previene el daño que pueda ocurrir a otros.
3. Quita las condiciones que causarán daño a otros.
4. Ayuda a personas con discapacidades.
5. Rescata a personas en peligro.

Los autores dicen que el principio de beneficencia es una exigencia y no una mera invitación a la acción, por ello es importante distinguir en qué circunstancias hacer el bien es una exigencia. Según ellos, asumiendo que la persona X es consciente de los hechos relevantes, entonces X tiene la obligación de beneficencia hacia la persona Y si y sólo si se satisfacen cada una de las siguientes condiciones:

- Y está en peligro de perder la vida o recibir un daño significativo en su salud o en algunos otros intereses importantes.
- La acción de X se necesita, de modo singular o en unión con otros, para prevenir esta pérdida o daño.
- La acción de X, de modo singular o en unión con otros, tiene una alta probabilidad de prevenir esta pérdida o daño.
- La acción de X no representa riesgos, costes o cargas significativas para X.
- El beneficio que se puede esperar que gane Y sobrepasa a todos los daños, costes o cargas que pueden afectar a X.
- Cuando la beneficencia se practica sin considerar la opinión del paciente, se incurre en el *paternalismo*.

²⁵ Cf. *ibid.* p. 260.

Justicia

Las desigualdades en el acceso al cuidado de la salud y el incremento de los costes de estos cuidados han ocasionado en el ámbito de la sanidad el debate sobre la justicia social. La máxima clásica de Ulpiano dice que la justicia consiste en “*dar a cada uno lo suyo*”²⁶. De un modo similar, Beauchamp y Childress entienden que la justicia es el tratamiento equitativo y apropiado a la luz de lo que es debido a una persona. Una injusticia se produce cuando se le niega a una persona el bien al que tiene derecho o no se distribuyen las cargas equitativamente.

El término relevante en este contexto es el de *justicia distributiva* que, según estos autores, se refiere a la distribución imparcial, equitativa y apropiada en la sociedad, determinada por normas justificadas que estructuran los términos de la cooperación social²⁷.

Sus aspectos incluyen las políticas que asignan beneficios diversos y cargas tales como propiedad, recursos, privilegios y oportunidades. Son varias las instituciones públicas y privadas implicadas, incluyendo al Gobierno y al sistema sanitario.

Los problemas de la justicia distributiva aumentan bajo condiciones de escasez y competición. Se han propuesto varios criterios de distribución como ya se ha indicado al hablar del *Informe Belmont*.

Sobre el principio de justicia en ética biomédica un autor especialmente relevante es *Norman Daniels*²⁸. Este autor nos dice que existe un conflicto de intereses entre los que precisan servicios de salud y los que soportan sus gastos. La petición de justicia distributiva en base a las necesidades genera conflicto de clases, pues la redistribución del cuidado de la salud recae en más gastos para los ciudadanos que reciben medianos y elevados ingresos. En Europa occidental los Estados se preocupan por redistribuir los cuidados de la salud ofreciéndolos a todos sus ciudadanos. Pero incluso en Estados Unidos que no es un Estado de bienestar, se piensa que los cuidados de la

²⁶ Cf. Juan Carlos Siurana, “Historia de la idea de justicia”, en Adela Cortina, Juan Escámez, Rafaela García, José Antonio Llopis y Juan Carlos Siurana, *Educar en la justicia*, Conselleria de Cultura, Educació i Ciència de la Generalitat Valenciana, Valencia, 1998, pp. 23-36.

²⁷ Tom L. Beauchamp y James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, p. 327.

²⁸ Cf. Norman Daniels, *Just Health Care*, Cambridge University Press, Cambridge / Nueva York / Melbourne, 1985, 5ª reimpr. 1995.



salud deben distribuirse más igualitariamente que otros bienes. Daniels se pregunta qué tiene de especial el cuidado de la salud.

Según Daniels, el cuidado de la salud es un bien especial por dos motivos: 1) nos ayuda a mantener el funcionamiento normal como individuos de una determinada especie, y 2) ese funcionamiento normal tiene una influencia directa en la posibilidad de acceder a ciertos puestos de trabajo y a otros bienes sociales en igualdad de oportunidades. Partiendo de la idea de justicia como imparcialidad de Rawls, Daniels entiende que la sociedad tiene la obligación de proteger la igualdad de oportunidades de todos sus miembros. Por eso hay que examinar las implicaciones que se siguen para las instituciones sanitarias, pues han de reformarse si no son capaces de garantizar esa igualdad de oportunidades que viene potenciada por el acceso igualitario a los cuidados de la salud.

El principio de justicia en ética biomédica pone límites a lo que un paciente puede solicitar al médico. El paciente no podrá pedir menos de lo que la sociedad considera un mínimo decente, pero tampoco podrá pedir más de lo que la sociedad puede ofrecerle en el marco de una distribución equitativa de los recursos sanitarios.

Esta idea de “establecer límites”, ha sido defendida de modo insistente por Daniel Callahan, quien nos dice que debemos tender a alcanzar una sociedad que viva suficientemente bien, y esto es posible si no malgastamos esfuerzos en aumentar la expectativa de vida de los ciudadanos más allá de su ciclo natural²⁹. También nos dice que debemos tener en cuenta no sólo los costes de cubrir las necesidades relacionadas con la salud, sino todas las necesidades sociales, pues gastar demasiado dinero en una necesidad social supone dejar otras sin cubrir. Y debemos tener en cuenta no sólo las necesidades a corto plazo, sino también las que surgirán a largo plazo, pues gastar mucho dinero en una necesidad presente puede llevar a no poder afrontar necesidades futuras³⁰.

LAS CRÍTICAS DE K. D. CLOUSER Y B. GERT AL PRINCIPIALISMO

Clouser y Gert³¹ afirman que los principios no tienen un comportamiento sistemático ni en su contenido ni en las relaciones entre sí, por eso son inútiles

²⁹ Cf. Daniel Callahan, *What Kind of Life. The Limits of Medical Progress*, Georgetown University Press, Washington D.C., 1990, pp. 128-134.

³⁰ *Ibid.*, p. 134.

³¹ Cf. K. D. Clouser y B. Gert, “A critique of principlism”, *The Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 15, 1990, pp. 219-236.

para resolver conflictos. Al discutir profundamente sobre los problemas se produce una imagen moral falsa al intentar encuadrar el problema dentro de los principios. En la práctica lo que recibimos es una gran cantidad de puntos de vista, reflexiones y teorías junto a la indicación de utilizar lo que se considere adecuado. Clouser y Gert dirigen esta crítica no sólo contra los principios de Beauchamp y Childress, sino también contra todas las teorías éticas (de Mill, de Kant, etc.) que se presentan como aplicables a los problemas éticos en medicina sin mostrar cómo pueden reconciliarse unas con otras. Según Clouser y Gert, una teoría principialista debe sistematizar un código moral para explicar el desacuerdo y el acuerdo moral, para ofrecer una ayuda clara en la toma de decisiones y para erradicar realmente el relativismo moral.

LAS ÉTICAS DE LA VIRTUD Y EL MÉTODO NARRATIVO

Las éticas de la virtud³² se centran en los agentes que participan en la toma de decisiones, atendiendo a sus hábitos y actitudes que son las que determinan sus decisiones. Mientras que el principialismo tiende a fijarse en los casos extremos y excepcionales, la ética de la virtud se interesa por los casos normales, menos llamativos pero más frecuentes. Autores como Stanley Hauerwas³³, William F. May³⁴ y James F. Drane³⁵ pertenecen a esta corriente.

Drane, para exponer la ética de la virtud, acude a varios autores españoles, especialmente a José Luis Aranguren y a Pedro Laín Entralgo. Distingue en el médico seis dimensiones y a cada una de ellas le corresponde una virtud: 1) Dimensión médica: virtud de la *benevolencia*, 2) dimensión espiritual: virtud de la *veracidad*, 3) dimensión volitiva: virtud del *respeto*, 4) dimensión afectiva: virtud de la *amistad*, 5) dimensión social: virtud de la *justicia*, 6) dimensión religiosa: virtud de la *religiosidad*.

Otros dos autores muy relevantes en esta línea son E. Pellegrino y D. Thomasma, autores que insisten en ciertas disposiciones habituales para afrontar los problemas biomédicos y defienden las siguientes virtudes: Benevolencia, fidelidad a la confianza, compasión, empatía, honestidad intelectual,

³² Cf. Diego Gracia, Cap. 4: "Las éticas de la virtud y el método narrativo", *Procedimientos de decisión en ética clínica*, op. cit., pp. 46-56.

³³ Cf. Stanley Hauerwas, *Vision and Virtue*, Fides, Notre Dame, Indiana, 1974.

³⁴ Cf. William F. May, *The Physician's Covenant: Images of the Healer in Medical Ethics*, The Westminster Press, Filadelfia, 1983.

³⁵ Cf. James F. Drane, *Becoming a Good Doctor. The Place of Virtue and Character in Medical Ethics*, Sheed and Ward, Kansas City, Montana, 1988.

competencia y prudencia. El virtuoso respeta la autonomía de los otros. La virtud cardinal es la tolerancia.

El principialismo ofrece una metodología muy precisa para el análisis de casos. Las éticas de la virtud, en cambio, describen los hábitos y actitudes de los hombres que han destacado por su elevada moralidad, como modelos a seguir. A esto último se le llama el procedimiento narrativo.

El procedimiento narrativo rechaza toda razón abstracta y especulativa, así como cualquier sistema de principios universales y abstractos. Uno de los representantes de esta corriente es David B. Burrell³⁶. Según este autor, es imposible comprender el funcionamiento de la razón práctica con independencia del contexto narrativo. Ni el principialismo ni el casuismo son capaces de captar adecuadamente el contexto, por tanto no son capaces de comprender adecuadamente el caso. Los primeros ven el caso dínico como un hecho, los narrativistas, en cambio, lo ven como un proceso.

La vida humana se concibe como una tarea moral en tanto que cada ser humano tiene que ir dotándola de argumento. Vivir es crear la propia autobiografía. Cada vida es una novela y cada ser humano su autor. El problema moral del ser humano es la constitución del argumento de su vida. En el ámbito de la ética biomédica, la enfermedad puede concebirse como un episodio biográfico que sólo adquiere sentido en el interior de ese contexto.

Howard Brody³⁷, por su parte, distingue dos tipos de ética de los profesionales de la salud: la *ética relacional* y la *ética decisional*. La primera sigue el método de la ética narrativa, la segunda se guía por principios. La primera es preventiva y la segunda curativa. El método narrativo se ajusta mejor a la realidad de la enfermedad, ya que ésta nunca es un hecho aislado, desligable del contexto y de la historia del individuo y la comunidad que la padecen.

En la actualidad, los propios Beauchamp y Childress reconocen la necesidad de la referencia a las virtudes para la aplicación de los principios a los casos concretos. En la cuarta edición de su libro *Principles of Biomedical Ethics*, dedican un capítulo entero a esta cuestión. Allí señalan que existen cuatro virtudes fundamentales: la compasión, el discernimiento o prudencia, el ser digno de confianza y la integridad.

³⁶ _ David B. Burrell, "From System to Story: An Alternative Pattern for Rationality in Ethics", en Stanley Hauerwas, *Truthfulness and Tragedy*, University of Notre Dame Press, Notre Dame, Indiana, 1977.

³⁷ _ Howard Brody, *Stories of Sickness*, Yale University Press, New Haven-Londres, 1987.

La distinción de los cuatro principios de la bioética ha tenido un gran impacto a nivel internacional como muestra el libro de Raanan Gillon y Ann Lloyd, *Principles of Health Care Ethics*³⁸, y ha calado hondo en España sobre todo a través de los trabajos de Diego Gracia³⁹.

El diseño de estos principios ha ayudado mucho al desarrollo operativo de la toma de decisiones sobre cuidados de la salud, pero es importante seguir reflexionando sobre ellos, sobre sus fundamentos y sus límites, así como sobre sus posibilidades futuras.

El que estos principios hayan tenido tanta fuerza, se debe probablemente a que están basados en valores universales. La declaración de los derechos humanos recogía dos valores fundamentales: la libertad y la igualdad. Cuando analizamos el contenido de los principios de la bioética, parece claro, y así lo afirma, por ejemplo, María Casado⁴⁰, que el principio de autonomía se basa en el valor de la libertad, y el principio de justicia en el valor de la igualdad⁴¹. Así mismo, también parece claro el paralelismo entre el principio de beneficencia y el valor de la solidaridad. Los valores reconocidos universalmente como núcleo de la dignidad humana: la libertad, la igualdad y la solidaridad, son los valores guía de los principios de Beauchamp y Childress, y esto es lo que les ha dado tanta solidez.

Pero yo cuestiono que hay a solamente cuatro principios, y abro la puerta a la posible entrada de otros nuevos. En trabajos anteriores⁴², he distinguido *otros principios* de la bioética, describiendo brevemente en qué consisten y citando, en cada caso, al menos a un autor que lo haya defendido.

³⁸ Cf. Raanan Gillon y Ann Lloyd (eds.), *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley and Sons, Chichester, 1994, 2ª reimpr. 1996.

³⁹ Cf. Diego Gracia, *Fundamentos de bioética*, Eudema, Madrid, 1989; y *Procedimientos de decisión en ética clínica*, Eudema, Madrid, 1991.

⁴⁰ Cf. María Casado, "Los derechos humanos como marco para el bioderecho y la bioética", en Carlos María Romeo Casabona (coord.), *Derecho biomédico y bioética*, Comares, Granada, 1998, p. 127.

⁴¹ En la bibliografía sobre bioética se nos dice que el principio de justicia trata de distribuir equitativamente los recursos escasos, respetando un mínimo decente, ideas ambas muy próximas al valor de la igualdad.

⁴² Cf. Juan Carlos Siurana, "Los otros principios de la bioética", en José Sarabia y Álvarez (coord.) / Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, *IV Congreso Nacional. La bioética, diálogo verdadero*, Asociación de Bioética Fundamental Clínica, Madrid, 2002, pp. 205-215.

Desde mi punto de vista, un principio, en el ámbito de la ética nos muestra un valor que se considera prioritario. Y los principios de la bioética llaman la atención sobre algunos valores a tener en cuenta a la hora de afrontar casos prácticos en las profesiones de la salud. Pero podemos aceptar que existen otros valores quizás igualmente relevantes, y el debate sobre su prioridad no debe apartarnos de considerarlos al tomar las decisiones.

En la diversidad de valores morales y, consecuentemente, de principios, es donde podemos abordar los problemas de la bioética en toda su riqueza y complejidad. Aunque, en mi opinión, si los principios son valores prioritarios, lo que tendremos que plantearnos, a partir de ahora, es si conviene seguir utilizando el lenguaje de los principios, o apostar por el lenguaje más rico y menos encorsetado de los valores. El propio Diego Gracia parece que está apostando actualmente por el lenguaje de los valores⁴³.

DE LOS PRINCIPIOS A LOS VALORES

Cap. 2

Como nos dice Antonio Casado en su libro *Bioética para legos. Una introducción a la ética asistencial*⁴⁴, el debate internacional sobre la fundamentación de la bioética está transitando del lenguaje de los principios al lenguaje de los valores. Casado escribe: *“Como los valores pueden ser demasiado vagos y las reglas demasiado específicas, Beauchamp y Childress escogieron un lenguaje de principios para poder mediar entre los valores generales y las reglas particulares.”*⁴⁵.

Así pues, el lenguaje de los principios trata de mantener una vía intermedia, expresando los valores generales que subyacen a las reglas morales comunes y proporcionando razones para justificar un determinado curso de acción. Pero Potter, quien acuñó el término *“bioética”* en 1970⁴⁶, lo definió como *“una integración global de la biología con los valores”* orientada a asegurar la supervivencia de la especie humana⁴⁷. Y los propios Beauchamp y Childress no escapan del lenguaje de los valores.

⁴³ Cf. Diego Gracia, “La actualización de los principios de la bioética”, conferencia inédita presentada en el Curso de Verano titulado *Bioética: de la práctica clínica a la estructura organizativa*, Benicàssim, España, del 7 al 10 de julio de 2009.

⁴⁴ Antonio Casado, *Bioética para legos. Una introducción a la ética asistencial*, Plaza y Valdés, Madrid, 2008.

⁴⁵ *Ibid.*, p. 165.

⁴⁶ V. R. Potter, “Bioethics, science of survival”, en *Biology and medicine*, 14, 1970, pp. 127-53.

⁴⁷ Cf. P. J. Whitehouse, “The Rebirth of Bioethics: Extending the Original Formulations of Van Rensselaer Potter”, en *The American Journal of Bioethics*, vol. 3, nº 4, pp. 26-31.

Casado señala que, aunque el índice del libro *Principles of Biomedical Ethics* de Beauchamp y Childress no incluye una entrada para “valor”, esta palabra se usa a menudo en el libro y, al menos, en cuatro sentidos⁴⁸:

1. El valor de eventos, actitudes, acciones.
2. El valor de una persona o vida humana.
3. Valores personales, grupales y sociales.
4. Valores presentes en juicios, exámenes y tratamientos.

Lo que se está produciendo en la actualidad es el paso del uso implícito al uso explícito de los valores. La presencia creciente del lenguaje de los valores en la bioética comienza a ser un fenómeno internacional⁴⁹.

VALOR INTERNO Y VALOR ABSOLUTO

Adela Cortina ha recurrido al lenguaje de los valores desde hace más de una década⁵⁰. Y ha defendido que los valores mínimos de una ética cívica, que permiten la convivencia pacífica en sociedades pluralistas, son los siguientes: libertad, igualdad, solidaridad, respecto activo y diálogo⁵¹. En otros lugares, ya he mostrado las interesantes contribuciones de esta autora a la bioética partiendo de dichos valores y con el fundamento de la ética del discurso⁵².

Cortina defiende actualmente una ética de la razón cordial⁵³ que ve el fundamento filosófico de lo justo⁵⁴ en el reconocimiento recíproco de seres que se saben y sienten como dotados de competencia comunicativa, es decir, como interlocutores válidos y, por lo mismo, como personas. Dicha razón cordial no sólo tiene en cuenta en los interlocutores la capacidad de argumentar,

⁴⁸ Cf. Antonio Casado, *Bioética para legos. Una introducción a la ética asistencial*, op. cit., pp. 167-168.

⁴⁹ Cf. Mark D. Bennett y Joan McIver Gibson, *A Field Guide to Good Decisions: Values in Action*, Praeger, Nueva York, 2006.

⁵⁰ Cf. Adela Cortina, Juan Escámez y Esteban Pérez-Delgado, *Un mundo de valores*, Generalitat Valenciana, Valencia, 1996.

⁵¹ Cf. Adela Cortina, *Ciudadanos del mundo. Hacia una teoría de la ciudadanía*, Alianza, Madrid, 1997; Adela Cortina, *Los ciudadanos como protagonistas*, Galaxia Gutenberg, Barcelona, 1999.

⁵² Cf. M. Correa y J. C. Siurana, “Ética mínima y bioética. Aproximaciones al pensamiento de Adela Cortina”, *Veritas*, nº 9, 2001, pp. 161-193.

⁵³ Cf. Adela Cortina, *Ética de la razón cordial. Educar en la ciudadanía en el siglo XXI*, Nobel, Oviedo, 2007.2002, pp. 205-215.

⁵⁴ Cf. Adela Cortina, *Lo justo como núcleo de las ciencias morales y políticas. Una versión cordial de la ética del discurso*, Real Academia de Ciencias Morales y Políticas, Madrid, 2008.

sino también la capacidad de estimar valores, de sentir y de formarse un juicio justo a través de la adquisición de virtudes.

En su reciente libro *Las fronteras de la persona*⁵⁵ Cortina realiza la distinción entre lo que tiene “*valor interno*” y lo que tiene “*valor absoluto*”. Toma posición en el debate sobre los derechos de los animales y nos dice que la vida es valiosa por sí misma, que no tiene únicamente un valor instrumental, y que por eso hay que educar a las personas en la actitud de no dañar a los seres vivos. Sin embargo, Cortina añade que ese valor interno que está en la vida en general, y en los animales en particular, no es absoluto, pues absolutamente valiosas son solamente las personas. Así, escribe:

Hay, sin embargo, un tipo de seres que no sólo tiene un valor interno, sino también absoluto. Se trata de esos seres que son capaces de reconocer si su propia vida es digna o indigna desde el reconocimiento que otros hacen de ella y desde su propia autoconciencia.⁵⁶

Los animales son valiosos, pero los seres humanos, además, tienen dignidad, es decir, valor absoluto. Y añade que:

[...] la idea de dignidad es distinta de la de una vida satisfecha: brota del reconocimiento de estar siendo tratado atendiendo a la norma de la especie, que en último término es la de la libertad.⁵⁷

Es cierto que no todos los miembros de la especie humana pueden ejercer dicha libertad ni el resto de las capacidades de la razón cordial, pero eso no les hace miembros de otras especies, sino personas a las que es preciso ayudar para que puedan vivir al máximo dichas capacidades, cosa que sólo lograrán en una comunidad humana que cuide de ellos, y que les empodere en la medida de lo posible.

EL VALOR DE LA SALUD

Si hay un valor que interesa de modo central a los profesionales de la salud, y que define precisamente a este tipo de profesionales es la “*salud*”. Por ello es tan necesario tratar de comprender en qué consiste este valor.

⁵⁵ Cf. Adela Cortina, *Las fronteras de la persona. El valor de los animales, la dignidad de los humanos*, Taurus, Madrid, 2009.

⁵⁶ *Ibid.*, p. 224.

⁵⁷ *Ibid.*, p. 224.

A finales de 1996, el *Hastings Center* publica un estudio sobre las metas de la medicina a la luz de las posibilidades y problemas contemporáneos⁵⁸. Este estudio, es el resultado de un proyecto de investigación, dirigido por el propio *Hastings Center* y en el que participan grupos de trabajo de los siguientes países: Alemania, Chile, China, Dinamarca, España, Estados Unidos, Holanda, Indonesia, Italia, Reino Unido, República Eslovaca, República Checa y Suecia. Los equipos de cada país son multidisciplinares, reuniendo a personas provenientes de la medicina, la biología, el derecho, la ética, la administración, la política y la salud pública.

Los equipos reconocen que la medicina está muy influida por los valores de la sociedad en la que se ejerce. Transformar la medicina requiere repensar los valores de la sociedad. Para ello hay que tener en cuenta la dimensión universalista y la dimensión particularista de la medicina.

Pero si hay algo que comparte la medicina en todas las culturas es que se interesa por la salud. Para diseñar las metas actuales de la medicina es importante tener clara la definición de salud. El grupo escribe:

[...] por 'salud' entendemos la experiencia de bienestar e integridad del cuerpo y de la mente, caracterizada por una aceptable ausencia de condiciones patológicas y, consecuentemente, por la capacidad de la persona para perseguir sus metas vitales y para funcionar en un contexto social y laboral habitual.⁵⁹

Esta definición difiere de la ofrecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1947, que pone el énfasis en la salud como un completo bienestar físico, mental y social. El grupo entiende que la medicina nunca puede conseguir un bienestar completo.

LAS METAS DE LA MEDICINA

El grupo de investigación coordinado por el Hastings Center nos dice entonces cuáles son las cuatro metas de la medicina en la actualidad, teniendo en cuenta que ninguna de ellas tiene prioridad frente a las demás:

1. *La prevención de la enfermedad y de las lesiones, y la promoción y mantenimiento de la salud.* La promoción de la salud y la prevención de la

⁵⁸ The Hastings Center, "The Goals of Medicine. Setting New Priorities", *Special Supplement, Hastings Center Report*, vol. 26, nº 6, noviembre-diciembre, 1996, pp. S1-S27.

⁵⁹ *Ibid.*, p. S9.

enfermedad constituyen valores centrales de la medicina por tres razones: a) Es mejor evitar la enfermedad y las lesiones. b) Un mayor énfasis en la promoción y prevención puede aventajar el excesivo interés en la medicina intensiva y de alta tecnología. c) La medicina es algo más que una disciplina que rescata a aquellos que ya se enfermaron. Otorgar un lugar de privilegio a la prevención acarreará grandes beneficios individuales y sociales. El problema de la prevención es que puede degenerar en la “culpabilización de la víctima” por no haber tomado medidas para prevenir su enfermedad, cuando en realidad existen factores sociales y genéticos muy importantes para el desarrollo de las enfermedades sobre los cuales el individuo no tiene influencia. En todo caso es importante que los individuos cambien sus conductas negativas para la salud, por ejemplo, dejando de fumar, controlando la bebida, bajando de peso o comenzando a realizar actividades físicas. La medicina ha de apoyar estos cambios de conducta.

2. *El alivio del dolor y del sufrimiento causado por la enfermedad y las dolencias.* La mayoría de las personas buscan los auxilios de la medicina para aliviar el dolor y el sufrimiento. El *dolor* se refiere a una sensación física extremadamente aflictiva y tiene diversas formas: punzante, lacerante, quemante. El sufrimiento es un estado de opresión psicológica, típicamente marcado por el miedo, la angustia o la ansiedad. Suelen darse juntos aunque no necesariamente. En muchos países no están disponibles las mejores drogas contra el dolor, a pesar de que algunos de ellos sí que cuentan con dinero para tratamientos tecnológicos caros. Existen carencias en cuanto al manejo del dolor. La medicina de cuidados paliativos es un área emergente. El sufrimiento psicológico suele considerarse irrelevante, cuando, en realidad, el solo temor a la mala salud y a la enfermedad puede causar tanto sufrimiento como su auténtico padecimiento. El sufrimiento producido por enfermedades mentales es también muy importante, y no debe ser infravalorado por la medicina.

3. *La asistencia y curación de los enfermos y el cuidado de los que no pueden ser curados.* Cuando la gente se siente enferma acude a la medicina buscando la causa de la dolencia. La medicina investiga la causa de esa dolencia, siendo típica la presunción de que se hallará en un órgano o miembro enfermo. Pero los pacientes buscan algo más que curación, buscan comprensión y compromiso moral con su situación. En muchos casos, técnicas totalmente impersonales como las traqueotomías de emergencia son necesarias, pero mucho más común es la necesidad de recibir cuidados. Cuidar es comprometerse con el dolor de los pacientes y conversar con ellos. Es también la capacidad de escuchar y hablar compenetradamente con

los servicios destinados al apoyo social y al bienestar. La rehabilitación, por ejemplo, es una parte importante de la medicina moderna y, para ser exitosa, requiere una gran cuota de tiempo y atención. En las sociedades que envejecen, donde las enfermedades crónicas son la causa más común de muerte, dolor y sufrimiento, cuidar es lo más importante. Los mayores de ochenta y cinco años, cuyo número es cada vez mayor, necesitan grandes cuidados para llevar a cabo las tareas más cotidianas. También requieren cuidados los enfermos de SIDA, los niños discapacitados y los adultos lesionados. El éxito de la medicina en salvar vidas ha hecho aumentar el número de personas que necesitan cuidados.

4. *Evitar la muerte prematura y velar por una muerte en paz.* La medicina contemporánea trata a la muerte como el enemigo supremo. Las enfermedades mortales reciben una proporción demasiado alta de los recursos de la investigación, extendiendo a veces la vida más allá de cualquier beneficio posible y desatendiendo el cuidado de los moribundos. La medicina ha de proponerse como meta ayudar a que los jóvenes lleguen a viejos, y ayudar a los viejos a vivir con dignidad y confort. La muerte prematura se produce cuando se fallece antes de cumplir los ciclos naturales de la vida humana. El grupo dice también que la muerte puede considerarse prematura “[...] si la vida puede ser preservada o extendida sin imponer una gran carga sobre el propio individuo o sobre la sociedad”.⁶⁰

Es un error actuar como si toda muerte fuese prematura. Por ello el grupo añade: “La persecución de una mayor expectativa de vida no parece ser por sí misma una meta apropiada para la medicina.”⁶¹

Todos los pacientes van a morir, por ello el médico ha de procurar que cuando llegue el momento de la muerte se den las circunstancias clínicas adecuadas para que ésta se produzca en paz. El grupo define la muerte en paz como

[...] aquella en la que el dolor y el sufrimiento han sido minimizados mediante los cuidados paliativos adecuados, en donde los pacientes nunca son abandonados o descuidados y en donde la atención de quienes no van a sobrevivir es considerada igual de importante que la de quienes sí sobrevivirán.⁶²

⁶⁰ *Ibid.*, p. S13.

⁶¹ *Ibid.*

⁶² *Ibid.*

Según David F. Musto⁶³, hay tres cuestiones éticas que han preocupado a quienes atienden a personas mentalmente enfermas:

1. El papel del terapeuta.
2. La naturaleza de la enfermedad mental.
3. El medio cultural, religioso e incluso político en el que conviven paciente y terapeuta.

En el Juramento Hipocrático no se menciona la locura. En el mundo griego apenas existían disposiciones legales para los locos. Tanto la enfermedad mental como el estado de embriaguez eran situaciones que podían reducir la responsabilidad penal de un acusado, si bien parece que tales decisiones eran tomadas por los jueces sin el asesoramiento de un médico o de otro experto en enfermedades mentales. La Edad Media no supuso avances médicos para los locos y, en realidad, apenas hubo avances médicos y éticos relevantes hasta llegado el siglo XX.

Durante el siglo XIX prevaleció una atmósfera de pesimismo en relación con la posibilidad de encontrar un método de curación para la enfermedad mental, pero al llegar el siglo XX comenzó a desarrollarse el optimismo, basado en los avances llevados a cabo en el campo de la investigación biológica de la psiquiatría psicodinámica y social.

El paternalismo era toda vía evidente, pues los médicos decidían si debía aplicarse una novedad terapéutica y a quién, con pocos obstáculos de índole institucional o profesional.

La psiquiatría y sus disciplinas afines abandonaron el enfoque hacia la asistencia a largo plazo de los enfermos mentales a favor de las terapias y la búsqueda de métodos de curación. Los profesionales se volvieron cada vez más escépticos sobre los aspectos positivos de los hospitales psiquiátricos. Pasaron de la aceptación pasiva de los pacientes que llegaban a la búsqueda activa de formas para ayudar a la comunidad de forma global.

⁶³ Cf. David F. Musto, "Perspectiva histórica", en Sidney Bloch, Paul Chodoff y Stephen A. Green (eds.), *La ética en psiquiatría*, Triacastela, Madrid, 2001,

El sociólogo Erving Goffman⁶⁴ y el filósofo Michel Foucault⁶⁵ publicaron importantes trabajos cuestionando la naturaleza de las instituciones psiquiátricas.

Thomas Szasz sostenía que la represión de la conducta de los pacientes sin su consentimiento era contraria a la ética. Él veía a algunos psiquiatras imponer su “ayuda” como si fueran policías o carceleros, y consideraba como prisiones los hospitales psiquiátricos en los que se confinaba a estas personas⁶⁶.

Hoy en día preocupa menos la precisión del criterio de los expertos que otra cuestión previa: *“si los especialistas tiene algún derecho a aplicar normas de comportamiento o a modificar el comportamiento mismo sin haber conseguido una total comprensión y un consentimiento pleno por parte del paciente.”*⁶⁷.

Por otra parte, otros tres avances acaecidos desde mediados del siglo XX siguen teniendo importancia en la actualidad para la ética en psiquiatría:

1. Las dudas relativas a la eficacia de la psicoterapia.
2. La “nueva economía” de la medicina.
3. Las potencialidades de los nuevos tratamientos biológicos, en especial de la farmacoterapia, para las personas sanas y enfermas.

Desde la década de 1950 ha tenido lugar un auténtico *“ataque contra Freud”*, acusando a la psicoterapia de no científica, a sus afirmaciones, de imposibles de verificar, y a sus éxitos de ser un efecto “placebo”. La aparición de posibilidades alternativas de tratamiento con un coste reducido, bajo la forma de nuevos fármacos psicoactivos, ha provocado la aparición de problemas éticos entre los médicos acerca de:

⁶⁴ Cf. Erving Goffman, *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu, Buenos Aires, 1987.

⁶⁵ Cf. Michel Foucault, *Historia de la locura en la época clásica*, 2 vols., Fondo de Cultura Económica, México, 1967.

⁶⁶ Cf. Thomas Szasz, *El mito de la enfermedad mental*, Amorrortu, Buenos Aires, 1974; y Thomas Szasz, *La fabricación de la locura. Estudio comparativo de la Inquisición y el movimiento en defensa de la salud mental*, 2ª ed., Kairós, Barcelona, 1981.

⁶⁷ David F. Musto, “Perspectiva histórica”, en Sidney Bloch, Paul Chodoff y Stephen A. Green (eds.), *La ética en psiquiatría*, Triacastela, Madrid, 2001, p. 30.

1. La legitimidad de la psicoterapia, por un lado.
2. El abuso del tratamiento farmacológico, por otro.

También se admite que tanto la psicoterapia como el psicoterapeuta son todo menos neutrales, en cuanto a valores se refiere⁶⁸.

LOS CÓDIGOS ÉTICOS EN PSIQUIATRÍA

Como resultado de esta evolución, los psiquiatras han dedicado mayor atención que nunca a las cuestiones éticas. La Asociación Psiquiátrica Mundial adoptó la Declaración de Hawai en 1977. Éste fue el primer código ético ideado específicamente para los psiquiatras, en respuesta al abuso de la psiquiatría en la antigua Unión Soviética y a la agresividad de la salud pública y de las instancias paternalistas en la psiquiatría occidental. Esta Declaración aboga por que se revele el diagnóstico al paciente y se comenten con él los tratamientos alternativos, establece que los pacientes retenidos dispongan de una vía de apelación, y pide que se solicite el consentimiento de todos los pacientes para cualquier tratamiento, con el beneplácito de un tercero en los casos de incapacidad. Esta Declaración ha sido actualizada en Viena en 1983, en Madrid en 1996 y en Japón en 2002.

Sidney Bloch y Russell Pargiter han analizado los códigos de ética en psiquiatría⁶⁹, y distinguen cuatro propósitos principales en dichos códigos:

1. Proteger y promocionar el estatus profesional de los psiquiatras.
2. Formar parte intrínseca de los procesos de autorregulación de la profesión.
3. Sensibilizar a los psiquiatras hacia la dimensión ética de su trabajo.
4. Servir de herramienta en la educación profesional.

Bloch y Pargiter reivindican, con Lichtenberg⁷⁰ que los códigos de ética no pueden ser meramente un apéndice de la profesión, especialmente en el caso de la psiquiatría.

⁶⁸ J. Holmes, "Values in psychotherapy", *American Journal of Psychotherapy*, 50, 1996, pp. 259-273.

⁶⁹ Sidney Bloch y Russell Pargiter, "Códigos de ética en psiquiatría", en Sidney Bloch, Paul Chodoff y Stephen A. Green (eds.), *La ética en psiquiatría*, Triacastela, Madrid, 2001, pp. 89-109.

⁷⁰ Cf. Judith Lichtenberg, "What are codes of ethics for?" en M. Coady y S. Bloch (eds.), *Codes of ethics and the professions*, Melbourne University Press, Melbourne, 1996.

Fullinwider⁷¹ destaca que toda profesión se caracteriza por ser un grupo con un cuerpo de conocimientos y una formación especial que presta sus servicios a una clientela vulnerable o dependiente. El sufrimiento y el trastorno emocional del enfermo mental le sitúan entre los más vulnerables de cualquier grupo humano. Bloch y Pargiter escriben: *“Aunque la existencia de un código de ética no basta para que se respeten los intereses de los enfermos, sí puede ser útil para la consecución de tan deseable objetivo.”*⁷².

No podemos analizar aquí con detalle cada una de las cuestiones éticas de la práctica de la psiquiatría que aparecen reflejadas en la Declaración de la Asociación Psiquiátrica Mundial. A continuación, mencionaremos solamente cuáles son esas cuestiones, para mostrar la gran relación que tienen con el trasfondo ético que hemos expuesto en las páginas anteriores. Cada una de estas cuestiones ha sido objeto de análisis muy detallados y profundos en el ámbito de la bioética. Las cuestiones son las siguientes:

1. Directrices éticas.
 - a) Metas de la psiquiatría.
 - b) Excelencia profesional.
 - c) Consentimiento informado.
 - d) Decisiones por sustitución.
 - e) Evaluación de la capacidad.
 - f) Confidencialidad.
 - g) Comités de Ética Asistencial.
 - h) Ética de la investigación.
2. Problemas específicos.
 - a) Eutanasia.
 - b) Tortura.
 - c) Pena de muerte.
 - d) Selección de sexo.
 - e) Trasplante de órganos.

⁷¹ Cf. R. Fullinwider, “Professional codes and moral understanding”, en M. Coady y S. Bloch (eds.), *Codes of ethics and the professions*, Melbourne University Press, Melbourne, 1996.

⁷² *Ibid.*, p. 107.



- f) Relación con los medios de comunicación.
- g) Discriminación.
- h) Investigación y consejo genéticos.
- i) Ética de la psicoterapia en medicina.
- j) Conflictos de interés con la industria.
- k) Conflictos con terceras partes financiadoras.
- l) Violación de los límites de la relación clínica y de la confianza entre psiquiatras y pacientes.

A continuación, y por motivos de espacio, ofreceremos solamente una breve visión sobre algunas de las cuestiones éticas relacionadas con la enfermedad mental.

Según nos dice Joseph Ramos, las enfermedades mentales graves son el grupo que más discapacidad, medida en “*años vividos con discapacidad*”, generan en el mundo⁷³.

Diversos estudios, incluyendo el Nacional Comorbidity Survey de USA, han contribuido a consolidar el concepto de Trastorno Mental Severo, definido como una patología psiquiátrica con criterio de gravedad clínica y más de dos años de evolución, de forma continua o episódica recurrente, y tendencia a producir discapacidades a lo largo de la vida.

La gravedad clínica está definida como distorsión grave de la realidad, comportamiento abiertamente desadaptado y falta de contención o conductas de riesgo para sí o para terceros.

Este concepto incluye los diagnósticos de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, autismo, así como las formas severas de otras patologías como la depresión mayor, la crisis de angustia con agorafobia y el trastorno obsesivo-compulsivo.

El concepto de enfermedad mental severa no sólo viene caracterizado

⁷³ Cf. Joseph Ramos Montes, “La competencia mental y el internamiento involuntario en psiquiatría: entre el derecho y la bioética”, *Labor hospitalaria*, nº 264, 2, 2002, p. 103.

por las alteraciones de las funciones superiores, sino también por el sufrimiento, las cargas individuales, familiares y sociales, y en general por las graves interferencias que generan en la vida cotidiana.

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

La posibilidad de ejercer derechos y obligaciones como cualquier ciudadano, puede variar mucho en función de los siguientes factores:

1. El estado cognitivo y la propia conciencia de sí (y de la enfermedad) pueden variar en el tiempo.
2. La capacidad para ejercer un rol depende de muchos factores (estado mental, apoyo informal, etc.).
3. El soporte profesional ha de cambiar en función de la evolución del enfermo.
4. Las actitudes sociales (por ejemplo, discriminación), determinan también la evolución del paciente.

El enfermo mental grave es una persona frágil y muy vulnerable a los cambios normales de la vida.

LA CAPACIDAD DEL ENFERMO MENTAL PARA TOMAR DECISIONES SOBRE LOS CUIDADOS DE SU SALUD

En muchos de estos casos, no existe una conciencia suficiente de la enfermedad o bien esta conciencia está distorsionada psicológicamente. En esta situación, difícilmente el paciente puede participar de manera realista en las decisiones sobre su propia salud.

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

La competencia ha de ponerse en relación con el tipo de decisión a tomar puede ser competente para aceptar un tratamiento pero incompetente para rechazarlo.

Así, puede ocurrir que sea competente para aceptar el ingreso en un hospital psiquiátrico pero incompetente para solicitar el alta voluntaria.

Cuanto más incierta y arriesgada es una decisión, más cualidades son necesarias para poder tomarla.

LAS HOSPITALIZACIÓN DE AGUDOS

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

Conviene diferenciar dos elementos:

1. la situación vivencial del internamiento y
2. los tratamientos que éste posibilita.

En algunos países europeos se permite legalmente el internamiento obligatorio en algunos casos, pero se requiere el consentimiento del paciente para el tratamiento farmacológico.

Esta disociación entre tratamiento (que es en definitiva la finalidad real) y control, plantea algunas dificultades éticas.

La decisión sobre una intervención clínica de baja efectividad e importantes riesgos psicológicos tendría que ser tomada por pacientes competentes. No parece profesionalmente aceptable forzar a estas personas a un tipo de intervención de tal naturaleza.

Los criterios para un internamiento no consentido son:

1. Existencia de un trastorno mental significativo que implique un riesgo grave para la integridad física, la salud, la vida familiar o relacional, o los intereses en general de la propia persona.

2. En la situación actual, el estado mental del paciente le impide la competencia necesaria para tomar una decisión responsable y conforme a sus propios intereses.

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

Es altamente recomendable acompañar al paciente hacia la aceptación del internamiento a través del proceso de consentimiento informado, lo cual mejora la relación terapéutica y la conciencia de enfermedad⁷⁴.

INTERNAMIENTO INVOLUNTARIO EN PSIQUIATRÍA: ASPECTOS JURÍDICOS

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

La OMS apunta los criterios para un tratamiento forzoso en psiquiatría:

1. El paciente no es suficientemente competente para decidir.
2. El tratamiento supone una evaluación del binomio riesgobeneficio claramente favorable para él.
3. La no aplicación del tratamiento podría provocar un daño superior para el paciente, la familia y/o la comunidad.

En el Convenio Europeo de Oviedo, cualquier tratamiento no voluntario de una persona no competente para consentir sólo está justificado en base al principio de protección de la salud del individuo y por tanto, a una necesidad sanitaria.

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

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

De la misma manera se pronuncia el Código de Familia, Ley 9/98 de 15 de julio, en su artículo 255. Las garantías jurídicas de la situación de ingreso no voluntario están definidas también en la Ley de Enjuiciamiento Civil (art. 763). Implican la obligatoriedad de que el afectado sea visto por un juez (normalmente con el médico forense) antes de las 72 horas posteriores al internamiento, y que, una vez escuchado el ministerio fiscal y cualquier otra

persona que el juez o el enfermo determinen, el juez resuelva o no la autorización. Finalmente, el centro está obligado a informar periódicamente al juez sobre la evolución del paciente y sobre el cese de la medida, la cual depende estrictamente del médico responsable.

Este trabajo forma parte del proyecto de investigación de referencia GIBUV-2013-01, del Grupo de Investigación en Bioética de la Universitat de València. También se inserta en las actividades del Grupo de Investigación de Excelencia PROMETEO/2009/085 de la Generalitat Valenciana y de la Red de Excelencia ISIC 2012/017 de la Generalitat Valenciana.

3. SALUD MENTAL Y BIOÉTICA DESDE EL ANÁLISIS MÉTRICO DE LA LITERATURA CIENTÍFICA

Mercedes Escrig Giménez
Carlos Vergara Hernández
M^a Jesús Megía Sanz

Los planteamientos éticos relacionados con los temas de salud se han hecho presentes en la literatura especializada de una manera normalizada y evidente desde la década de 1970 (tal y como describe J. C. Siurana a lo largo del Capítulo 2) y, sobre todo, a raíz de la confección del Informe Belmont en 1978 y la publicación de la primera edición de “*Principles of Medical Ethics*” en 1979 (obra de Beauchamp y Childress que en 2008 veía su 6^a edición): surge así una nueva ética aplicada a las ciencias de la vida y de la salud, la Bioética.

No obstante, y aunque de entrada es fácil intuir que el número y visibilidad o repercusión científica de los estudios que abordan una temática relacionada con la Bioética debe haber aumentado desde entonces, lo cierto es que poco –por no decir nada– se sabe acerca del patrón productivo que dicha parcela esconde, y más aún al estrechar un poco más el círculo y hablar de Bioética en el contexto de la Salud Mental, que es el hilo conductor de la presente monografía.

Para solventar el vacío de conocimiento detectado la mejor opción consiste en la consecución de un estudio desde la perspectiva de la Bibliometría, esto es, el estudio de la literatura científica desde una perspectiva métrica (o ciencia de la Ciencia) (Callon, Courtial, & Penan, 1993/1995). Es por ello que se presenta este capítulo como un acercamiento bibliométrico al estado de la cuestión (Bioética y Salud Mental) para los últimos años, tratando de describir objetivamente el perfil de la producción internacional sobre la materia, así como su visibilidad o repercusión científica y principales temáticas abordadas –conjugando así el aspecto cuantitativo con el cualitativo–.

En este contexto, y a modo de aproximación a la cuestión planteada, son cuatro los objetivos principales que se plantean a la hora de confeccionar esta sección:

- Cuantificar la producción internacional sobre temas que relacionen Bioética y Salud Mental en el período 2002-2011 en los registros indizados en Web of ScienceSM (WoS, Thomson Reuters).



- Estudiar la visibilidad y repercusión científica (mediante el análisis de citas recibidas) de la producción internacional sobre temas que relacionen la Bioética y la Salud Mental en el periodo 2002-2011 de registros indizados en WoS.

- Identificar las revistas científicas que han generado más producción en la materia (≥ 3 documentos) y su F actor de Impacto (FI) 2010 en los Journal Citation Reports® (JCR).

- Identificar los principales temas tratados mediante un análisis de contenido de los títulos, resúmenes y palabras clave presentadas en los documentos que relacionen Bioética y Salud Mental, previamente recuperados.

Para ello se planteó un estudio bibliométrico con diseño observacional retrospectivo y cobertura dentro de la base de datos WoS. Aunque la decisión de emplear únicamente una base de datos pueda parecer una limitación importante, lo cierto es que selección de ésta —y no otra— no fue arbitraria, puesto que al margen de las características de la propia base de datos, WoS recoge la totalidad de la producción de la literatura científica internacional publicada en las revistas científicas que reciben FI en los JCR, las cuales, al haber sido evaluadas en torno a cuatro criterios bien definidos (Cross, 2005; Delgado López-Cózar, Ruiz-Pérez, & Jiménez-Contreras, 2006; Testa, 2006)¹, ofrecen garantías sobre los filtros que un documento debe pasar para lograr ser publicado (de hecho, es por ello que la publicación en revistas científicas con FI suele utilizarse como fuente principal de baremación a la hora de presentar méritos en procesos selectivos del ámbito académico o investigador).

A su vez, WoS presenta una ventaja sustancial que consiste en una subdivisión en varias bases de datos de citas, bien sea en relación con revistas científicas (Science Citation Index-Expanded —SCI-EXPANDED—, Social Science Citation Index —SSCI—, Arts & Humanities Citation Index —A&HCI—) o actas de congresos (Conference Proceedings Citation Index-Science —CPCIS—, Conference Proceedings Citation Index-Social Science & Humanities —CPCI-SSH—).

¹ Los cuatro criterios son: estándares de publicación (periodicidad y ajuste a la misma, ajuste a las convenciones editoriales internacionales, información bibliográfica disponible en inglés, sistema de selección *peer-review*), contenido editorial, diversidad internacional (autores, editores y revisores) y el análisis de citas.

En ausencia de un patrón productivo predefinido que indique una tendencia en la publicación hacia las revistas científicas cubiertas por los distintos índices, se decide explorar todos ellos dentro de un intervalo de tiempo de diez años (2002-2011) como único límite en la búsqueda. No obstante, y como consecuencia de la división según revistas científicas o actas de congresos que presenta WoS, la búsqueda de documentos se lanzó por separado, por un lado SCI-EXPANDED, SSCI y A&HCI; y por otro CPCIS y CPCISSH, con la finalidad de comparar los registros recuperados en ambas tras prever un probable solapamiento de resultados.

Debido a que WoS carece de tesauro, se decidió emplear una estrategia de búsqueda amplia en torno a la intersección de los conjuntos “Bioética” y “Salud Mental”, utilizando para ello el campo “Topic” que ofrece la búsqueda avanzada de la propia base de datos, y sin marcar ninguna restricción idiomática o acerca del lugar de publicación (véase la Tabla 1).

CONJUNTO	ESTRATEGIA DE BÚSQUDA
Conjunto “Bioética”	#1. TS=(“ethical issues” OR “nursing ethic\$” OR “medical ethic\$” OR “clinical ethic\$” OR “bioethic*” OR “applied ethic\$” OR “patient right\$” OR “client right\$”)
Conjunto “Salud Mental”	#2. TS=(“mental disorder\$” OR “mental health”)
Conjunto intersección	#3. #1 AND #2

Tabla 1. Estrategia de búsqueda en torno a los conjuntos “Bioética” y “Salud Mental”.

Para facilitar la comprobación de los resultados obtenidos tras la búsqueda, éstos fueron exportados directamente al gestor bibliográfico RefWorks 2.0® (ProQuest LLC) y también al editor de hojas de cálculo MS Excel® 2010 para el posterior tratamiento descriptivo de los datos.

El análisis de los resultados para ambas búsquedas bibliográficas incluyó indicadores bibliométricos relativos a la producción (número absoluto de documentos por tipología documental y año de publicación, número de firmas, índice de firmas por trabajo) y a la visibilidad (número absoluto de citas recibidas, media de citas por trabajo, índice h y porcentaje de trabajos no citados).

Una vez calculados los indicadores bibliométricos, se creó un listado de las distintas revistas científicas indizadas en los JCR que han

publicado tres o más trabajos con la temática Bioética-Salud Mental en el período 2002-2011, el cual reflejó su FI para 2010 (obtenido mediante consulta directa de las ediciones 2010 de los JCR), los indicadores de productividad y repercusión científica antes mencionados, y el cuartil en el que se encuentra la revista dentro de su categoría².

En último lugar, se llevó a cabo un análisis de contenido (Krippendorff, 1980/1990) sobre los títulos, resúmenes y palabras clave de los registros recuperados, con la finalidad de establecer una serie de categorías temáticas que perfilen el patrón productivo.

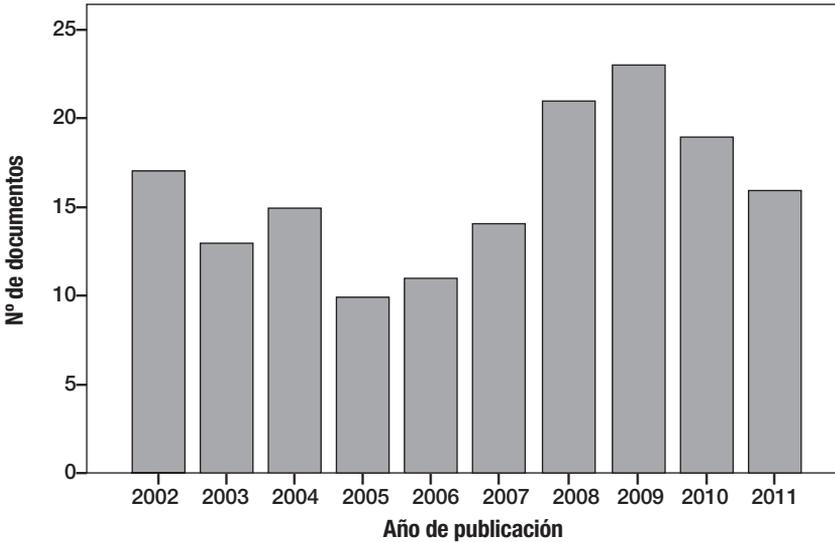


Fig 1. Distribución de la producción bruta en Salud Mental y Bioética durante el período 2002-2011.

Han sido obtenidos 159 documentos en el período estudiado, 2002-2011, 118 artículos de revista, 7 editoriales, 20 artículos de revisión y 14 actas de congresos. En la Figura 1 puede observarse que la producción documental ha sido relativamente baja e irregular: desde los 10 documentos en 2005 hasta los 23 en 2009.

Respecto al patrón productivo según la tipología documental puede

² Se decide que cuando una revista se encuentra en varias categorías al mismo tiempo se reflejará el cuartil más elevado tras la consulta de todas ellas.

³ De hecho, se produce un incumplimiento del requerimiento para la prueba Ji-Cuadrado ($1 \leq e_i \leq 5$ en el 20% de las celdas de la tabla) que desaconseja su uso para valorar la asociación entre ambas variables.

comprobarse cómo el tipo de publicación más influyente en las variaciones brutas en materia de producción es el artículo científico en revista (véase la Figura 2). Si se observa detenidamente la variación en el patrón productivo según la tipología documental a lo largo del período de estudio, y aun asumiendo que las diferencias no son demasiado acusadas debido a la baja producción anual³, no parece aventurado decir que no se identifica ninguna correlación clara.

El número de firmas totales es de 463, que combinado con la producción total ofrece un índice de firmas por trabajo igual a 2'5 (véase la Tabla 2 para este y otros indicadores), lo que indica una aceptable colaboración científica en la producción analizada, en la línea de casi cualquier disciplina científica (López Piñero & Terrada, 1992a, 1992b).

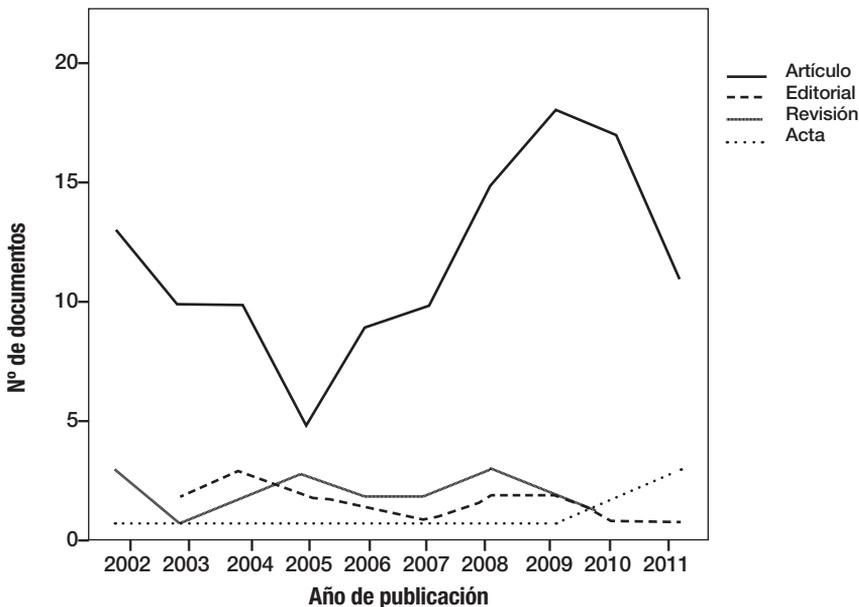


Fig 2. Variación de la publicación de documentos sobre Salud Mental y Bioética por año, según su tipología documental.

Una forma de medir la repercusión científica que ha tenido una disciplina, una temática o un documento, consiste en cuantificar las citas recibidas (Maltrás Barba, 2003; Moed, 2005; Rehn & Kronman, 2008). En este caso, y contadas las 1012 citas que recibieron los 159 documentos recuperados, se obtiene una media de citas por registro igual a 6'36, cifra que muestra en términos brutos cómo la temática Bioética-Salud Mental presenta una aceptable repercusión científica e impacto en la comunidad científica, a pesar de la baja producción relativa detectada y de la existencia

de un porcentaje de registros no citados del 27 % (el cual, aunque llamativo *a priori*, hay que manejar con cautela, pues recoge el vacío de citas propio de los años más recientes, como se observa en la Tabla 2).

Como se ha mencionado en los párrafos previos que exponen la metodología aplicada a este texto, uno de los dos indicadores escogidos para interrelacionar la producción y la repercusión científica es el índice h de Hirsch (2005), que ofrece la posibilidad de comparar resultados de manera menos sesgada que la media de citas por registro, y que en relación a los 159 documentos recuperados adquiere un valor de 17, lo que significa que 17 documentos han recibido 17 o más citas.

Año de publicación	Producción según tipología documental					Producción total	Nº firmas	Firmas/trabajo	Nº citas	% no citado	Nº de revistas
	Artículos	Cartas	Editoriales	Revisiones	Actas						
2002	13	0	1	3	0	17	49	2.9	0	11.8	17
2003	10	0	0	1	2	13	42	3.2	17	23.1	13
2004	10	0	0	2	3	15	37	2.6	31	6.7	15
2005	5	0	0	3	2	10	35	3.5	47	10	10
2006	9	0	0	2	0	11	37	3.4	77	18.2	11
2007	10	0	1	2	1	14	58	4.1	117	28.6	14
2008	15	0	1	3	2	21	58	2.8	137	28.6	21
2009	18	0	1	2	2	23	52	2.4	179	21.7	23
2010	17	0	0	1	1	19	48	2.5	222	36.8	19
2011	11	0	3	1	1	16	47	2.9	203	75	16
TOTAL 2002-2011	118	0	7	20	14	159	463	2.5	1012	27	104

Tabla 2. Indicadores de producción y repercusión documental según año de publicación.

Respecto al número de revistas científicas que han publicado documentos con la temática Bioética-Salud Mental, llama la atención su elevado número bruto cuando se compara con la baja producción observada (un total de 104 títulos para 159 registros). Esto constituye un aspecto que acentúa su dispersión respecto al núcleo productivo que se concentra en 12 revistas científicas con un total de 53 documentos, y que a su vez puede diferenciarse en un núcleo productivo principal (10 registros para *Current Opinion in Psychiatry* y *Ethics & Behavior*, y 6 registros para *Psychiatric Clinics of North America*); y núcleo productivo secundario con 9 revistas científicas que han publicado, cada una, 3 documentos en los 10 años de producción científica seleccionados en este trabajo, lo que indica una producción que roza

lo esporádico (consúltese la Tabla 3); cumpliéndose así la ley de Bradford (López Piñero & Terrada, 1992a), donde un núcleo muy pequeño de revistas científicas aglutina gran parte de la producción.

El patrón distributivo de citas como medida de la visibilidad y repercusión científica de la producción es bastante evidente, siendo claramente mayor para las revistas científicas más productivas. Se exceptúa de dicho patrón la publicación *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, que pese a haber publicado únicamente 3 documentos en todo el período, aglutina un total de 68 citas. En conjunto, este patrón de citas supone la cuarta parte de las citas que recibieron los 159 registros recuperados.

Revista	Nº documentos	Citas	Nº firmas	Firmas/trabajo	Citas/trabajo	FI	Cuartil JCR
Acta Bioethica	3	0	6	2	0	0.02	4
Australian and New Zealand Journal of Psychiatry	3	7	6	2	2.33	2.418	2
Canadian Journal of Psychiatry- Revue Canadienne de Psychiatrie	3	19	4	1.33	6.33	2.497	2
Canadian Psychology-Psychologie Canadienne	3	4	6	2	1.33	1.952	1
Current Opinion in Psychiatry	10	59	31	3.1	5.9	3	1
Ethics & Behavior	10	49	24	2.4	4.9	0.528	3
Journal of Bioethical Inquiry	3	3	5	1.67	1	0.561	3
Journal of Forensic Psychiatry & Psychology	3	8	5	1.67	2.67	0.615	3
Journal of Medical Ethics	3	20	7	2.33	6.67	1.391	1
Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing	3	11	7	2.33	3.67	1.025	2
Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry	3	68	52	17.33	22.67	5.148	1
Psychiatric Clinics of North America	6	15	8	1.33	2.5	2.229	2
TOTAL PARA LAS 12 REVISTAS	53	263	161	3.29	5	—	—

Tabla 3. Indicadores bibliométricos sobre las revistas científicas más productivas.

El FI representa la media de veces que artículos de una revista publicados en los dos años previos han sido citados en el año de cálculo del FI. Consiste en dividir el número de citas recibidas por una revista en el año de cálculo, entre el número de artículos publicados en los dos años previos

(Maltrás Barba, 2003; Moed, 2005). Puede consultarse el FI de cada publicación con 3 o más elementos publicados en la Tabla 3, aunque se recomienda prestar más atención al cuartil en el que se circunscribe cada una de ellas, habida cuenta de la variabilidad que el FI presenta entre distintas categorías de indización dentro de los JCR.

Y por último, atendiendo al análisis de contenido de los títulos, resúmenes y palabras clave de los documentos recuperados, han sido identificadas 15 categorías temáticas. De entre ellas, 11 están relacionadas con la actividad profesional (cultura, valores y ética en salud mental; aspectos éticos involucrados en el ejercicio profesional en un entorno rural; cuidados de salud mental comunitarios y participación comunitaria; cuidado a personas con tendencia suicida; atención a la salud mental en los cuidados paliativos; bioética en la práctica profesional de la psiquiatría forense; fomento de la autonomía de la persona que padece un trastorno de salud mental –consentimiento informado, rechazo de tratamientos, ingreso hospitalario o tratamientos involuntarios–; objeción de conciencia en la psicoterapia; justicia en la atención a la salud mental de toda la población; estigma y marginalización de quien padece un trastorno de salud mental; espiritualidad, religión y salud mental), 3 con la investigación (estándares éticos en la investigación en salud mental; investigación genética y salud mental; psicofarmacología en la investigación y la práctica) y 1 sobre neuroética y la reconceptualización de las neurociencias –siguiendo el concepto de macrobioética que plantea Cortina (2011)–.

De lo anteriormente expuesto se puede concluir:

- existe una escasa producción científica que conjugue temas de Bioética y Salud Mental y, sin embargo, ésta tiene una repercusión científica y visibilidad que pueden considerarse aceptables;
- la producción científica aparece dispersa en un elevado número de publicaciones y categorías temáticas, lo que sugiere una falta de solidez editorial a la hora de abordar la temática Bioética-Salud Mental en las publicaciones internacionales más representativas, así como una carencia de líneas de investigación consolidadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2008). *Principles of Biomedical Ethics* (6ª ed.). Nueva York: Oxford.
- Callon, M., Courtial, J.-P., & Penan, H. (1995). *Cienciometría. El estudio cuantitativo de la actividad científica: de la bibliometría a la vigilancia tecnológica* (V. Arenas, Trad.). Gijón: Trea. (Obra original publicada en 1993).
- Cortina Orts, A. (2011). *Neuroética y neuropolítica: sugerencias para la educación moral*. Madrid: Tecnos.
- Cross, J. (2005). Thomson Scientific's Citation Indexes: Journal Selection Process. *Editors' Bulletin*, 1(3), 61-65. doi: 10.1080/17521740701701513
- Delgado López-Cózar, E., Ruiz-Pérez, R., & Jiménez-Contreras, E. (2006). *La Edición de Revistas Científicas. Directrices, Criterios y Modelos de Evaluación*. Granada: Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología (FECYT). Recuperado de <http://recyt.fecyt.es/documentos/Fecyt.pdf>
- Hirsch, J. E. (2005). An index to quantify an individual's scientific research output. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 102(46), 16569-16572. doi: 10.1073/pnas.0507655102
- Krippendorff, K. (1990). *Metodología de análisis de contenido* (L. Wolfson, Trad.). Barcelona: Paidós. (Obra original publicada en 1980).
- López Piñero, J. M., & Terrada, M. L. (1992a). Los indicadores bibliométricos y la evaluación de la actividad médico-científica (III): los indicadores de producción, circulación y dispersión, consumo de la información y repercusión. *Medicina Clínica*, 98, 142-148.
- López Piñero, J. M., & Terrada, M. L. (1992b). Los indicadores bibliométricos y la evaluación de la actividad médico-científica (IV): la aplicación de los indicadores. *Medicina Clínica*, 98, 384-388.
- Maltrás Barba, B. (2003). *Los indicadores bibliométricos: fundamentos y aplicación al análisis de la ciencia*. Gijón: Trea.
- Moed, H. F. (2005). *Citation Analysis in Research Evaluation*. Dordrecht: Springer.
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1978). *The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for Research Involving Human Subjects*. Washington DC: US Government.
- Rehn, C., & Kronman, U. (2008). *Bibliometric handbook for Karolinska Institutet* [version 1.05]. Recuperado de http://ki.se/content/1/c6/01/79/31/bibliometric_handbook_karolinska_institutet_v_1.05.pdf
- Testa, J. (2006). The Thomson Scientific journal selection process. *International Microbiology*, 9(2), 135-138. Recuperado de <http://www.im.microbios.org/>



**SEGUNDA
PARTE**



4. PREVENCIÓN EN SALUD MENTAL REFLEXIONES Y CONSIDERACIONES ÉTICAS

Manuel Barceló Irazo

La prevención primaria se ha considerado como un nivel primario de actuación por parte de los agentes promotores de la salud (administración, personal sanitario, medios de comunicación y difusión, etc.), que persiguen el desarrollo de la salud mental en personas sanas mediante actuaciones y medidas sociales favorecedoras de estilos de vida saludables y la eliminación o minimización de los factores de riesgo que colaboren en la precipitación de enfermedades mentales (Cabanyes Truffino & Monge, 2010).

La complejidad de las sociedades actuales en cuanto a la diversidad cultural, la agilidad en la difusión de la información, la influencia persuasiva del consumo por parte de los medios de marketing y publicitarios y los estilos de vida evasivos —cada vez más sofisticados— conducen a un predominio de individuos con personalidades colonizadas —también denominadas camaleónicas o pastiche (Gergen, 1992)—. Es como si el individuo quisiera rodear la premisa que ya Sartre planteó: “*la angustia y la responsabilidad serían inseparables*”. Pero en este camino pendiente abajo de personas que se alejan de sus responsabilidades y compromisos aparecen nuevos problemas: la falta de coherencia interna, la insolidaridad y el riesgo de la soledad. Estas vivencias atraen de nuevo la angustia y como consecuencia de ello la necesidad de paliar este sufrimiento mediante artificios. Alonso F. lo definió como sigue:

[...] pero la comodidad y el placer corporal constituye un ideal de vida, un principio existencial, que tiene escasa eficacia canalizadora frente a la angustia vital. Desde este punto de vista, puede afirmarse que el hombre se halla hoy más inerte que nunca frente a la irrupción de la angustia [...]

Y López Ibor habla de la congoja, que constituye un puente de transición hacia la angustia. Esta congoja aparece cuando la persona percibe la vulnerabilidad de los principios de bajo rango en que ha basado su proyecto existencial. En el preciso momento en el que se desbarra tan sus idealizaciones acerca de un bienestar promisorio y salvífico, basado en cotas a parentescos de felicidad, perdidas por los avatares de las crisis socioeconómicas, es cuando se desmoronan la seguridad y la percepción de estar protegido por altas instancias.

Estos mismo autores plantean que una gran parte de los enfermos depresivos vitales no dicen que están tristes, sino aburridos. El aburrimiento

vital contiene la experiencia de vacío de la vida propia, de donde se desprende el desinterés frente al mundo exterior . López Ibor prefería denominarlo tedio o acedia, advirtiendo que el tedio constituye un matiz especial de los síndromes neuróticos hoy hablaríamos de las depresiones tipo distimia y de los trastornos de ansiedad y depresión relacionados con la inadaptación y con la desesperanza crónica—. Este autor considera que:

[...] las dos grandes rúbricas —angustia ante la muerte y angustia ante la locura—, o incluso el denominador general de ‘la angustia ante la nada’, no debe ocultarnos una cuestión clave: la angustia tiene en cada persona su fórmula propia y peculiar.

De ahí la dificultad de establecer programas de prevención primaria para la patología emocional y afectiva. Cada persona posee una peculiar forma de aceptar el mensaje e integrarlo en su estilo cognitivo y en su modo de vida.

A pesar de estas dificultades, existen programas y métodos en psicología aplicada que benefician a un sector amplio de la sociedad porque sustraen al individuo de su tendencia a la interiorización excesiva y a la repercusión desproporcionada que los acontecimientos traumáticos y las frustraciones originan en sus mecanismos adaptativos. Por ejemplo, las técnicas basadas en la mejora del estilo cognitivo, las aportaciones de la psicología positiva y el *mindfulness* o mente focalizada en el presente, pueden constituir un compendio de contribuciones aplicables a sujetos sanos y, especialmente, en las edades de la adolescencia y primera juventud, momento clave para el desarrollo de la personalidad. Alonso F. lo resume con estas palabras: “*el ideal de la nivelación sociocultural del mundo, vigoroso soplo de las generaciones jóvenes, representa un ideal de vida sumamente valioso y , además, de gran poder ansiolítico*”.

Son numerosos los autores que explican el contexto en que se mueven permanentemente la salud y la enfermedad, éstas:

[...] no tienen una raíz exclusivamente orgánica. Los procesos por los que se adquieren se encuentran entrelazados, con numerosos factores. Dada la condición social del ser humano y el funcionamiento intersistémico de nuestro organismo, cualquier factor que le afecte se encuentra involucrado en todos y cada uno de los sistemas de los que forma parte. La estrecha dependencia de unos y otros genera una especie de mecanismo de policausalidad en el que cada uno tiene alguna responsabilidad en los fenómenos o procesos que se desencadenan, aparentemente aislados, en cualquiera de los subsistemas. (Nieto-Munuera, 2004).

Estos argumentos apoyan la tesis de que la prevención en Salud Mental no se concrecionan en mensajes dirigidos a poblaciones de riesgo ex-

clusivamente, sino en toda una línea de actuación en la que la familia, las creencias, las tradiciones y todo aquello que puede ser compartido por un grupo social amplio pueden dar cohesión y apoyo a los individuos que sufren cualquier enfermedad mental o física con carácter agudo o crónico, en el que siempre detrás de lo incomprensible del padecimiento se encuentra una persona que conserva toda su dignidad y valor irrepetible. No solamente la persona es un enfermo, sino que fue una persona sana y con derecho a recuperar su salud y dignidad plena. Sin estas premisas, el temperamento o raíz biológica con la que el individuo afronta su devenir existencial, no sería posible apresarlos de una manera completa. Los elementos sociológicos, culturales e ideológicos adquieren una relevancia inusitada. También el contacto entre culturas, con lo que supone de adquisición o rechazo a lo que puede ofrecer cualesquiera, requiere de un filtraje de todo aquello que perturba u oscurece, o, por el contrario, un enriquecimiento cuando el conocimiento que implementa el otro supone un valor sobreañadido o incluso una recuperación de valores olvidados por la cultura receptora.

EL LIDERAZGO Y EL MENSAJE VERAZ Y COMPLETO

Una de las aportaciones más importantes en bioética fue la aportación del Informe Belmont en el año 1978 acerca de la protección de las personas sanas o enfermas en la investigación biomédica. Según la Comisión que elaboró dicho informe, los tres principios éticos relevantes e irrenunciables son el respeto por las personas, el de beneficencia y el de justicia (Sánchez Caro & Sánchez Caro, 2003).

Estos principios éticos aplicados a la investigación biomédica adquieren plena vigencia en cualquier actuación médica asistencial. Por tanto, cualquier política sanitaria debe tener en cuenta estos principios sin reserva. Considerar que a priori un programa asistencial o la protocolización de un tratamiento o la inversión en determinados proyectos de investigación sin las debidas evidencias científicas pueden atentar contra estos principios y generar a largo plazo desequilibrios de difícil recuperación en un futuro próximo y/o lejano.

Es por esto que el principio de autonomía, ineludible en el proceso del consentimiento informado, no es exclusivo de la investigación bioética en el caso de estudio de un fármaco en los ensayos clínicos, sino que resulta sustancial e irreductible cuando el individuo debe decidir sobre actos que conllevan consecuencias en su salud futura o en su bienestar. Y lo único que puede garantizar que se cumplan los principios irrenunciables es que la

información sea veraz, concreta, comprensible y completa. Los garantes de estas condiciones son los representantes de las instituciones que por ley ostentan la función sanitaria y protegen al ciudadano de paternalismos injustos y subjetivistas. Los líderes y gestores de los programas de asistencia sanitaria deben considerar estos principios y reflexionar concienzudamente antes de tomar decisiones que involucren a generaciones enteras.

LA SOCIEDAD Y LA COEXISTENCIA PERSONAL

Arechederra Aranzadi & Ayuso Arroyo (1995) advierten que “la racionalidad ética, tal como la expresa la ética personalista, considera que lo que nunca puede ser tratado como simple medio es la persona”. “Queremos decir con esto que la persona es un ser singular en el universo visible”. Según estos autores, la persona trasciende los intereses de la sociedad, cuando ésta antepone a vances en otros terrenos utilizando a la persona como medio o posponiendo los derechos básicos de la persona (derecho a la vida, a la salud, al trabajo y a la propiedad privada). Y, especialmente, estos principios inalienables se encuentran al borde constante del abismo de su pérdida en los ciudadanos que pierden su capacidad de autonomía y autogobierno por la aparición de un trastorno mental, que les anula la capacidad de juicio e incluso les afecta en la consecución de sus necesidades básicas, tanto por un periodo limitado, mientras dure el proceso agudo de su enfermedad psicótica, o por tiempo prolongado o permanente en aquel caso en que el pronóstico y el curso de la enfermedad sea hacia una cronicidad irreversible.

Si el ente persona está presente en el dilema bioético, no es posible separar, ni discriminar, ni objetar, porque una sola persona representa a todo el colectivo humano. Cualquier desafío contra esa sola persona es un desafío contra la dignidad y la moralidad de toda la humanidad.

Este es el permanente riesgo de una bioética de mínimos en momentos de gran discusión social en materia moral. Las ventajas de una ética de este estilo son así propuestas por Diego Gracia (1989): «De ahí la tercera actitud, la específica de la ética de mínimos. Esta debe ser la propia de las democracias así como los totalitarismos han propendido a las éticas de máximos, y la ética del mero pacto estratégico es la tentación de cualquier político práctico. La ética de mínimos considera que el consenso y la democracia no son posibles sin la aceptación de unos mínimos objetivos, entre los que se encuentran los llamados mínimos morales».

Dentro de esos mínimos morales se encuentra la equiparación entre los individuos sea cual fuere su situación médica, su origen étnico o cultural,

o sus creencias o ideologías. La persona se encuentra por encima de estrategias, ordenamientos o políticas economicistas.

LA LIBERTAD PERSONAL Y LAS LIMITACIONES DEL ENFERMAR MENTAL EN UNA SOCIEDAD GARANTIZADORA DE LA DIGNIDAD DE LA PERSONA Y LOS DERECHOS HUMANOS

Según Willians (citado en Drane, 1985), la ética médica se asiente en seis principios distintos:

Un principio básico de la ética médica es obviamente preservar la vida, que es frecuentemente matizado por el segundo principio, aliviar el sufrimiento. Un tercer principio es el deber del médico, «al menos no perjudicar...». Un cuarto principio es el respeto a la autonomía del paciente como individuo... Un quinto principio fundamental es el concepto de la justicia, reflejado en el esfuerzo de garantizar que los recursos médicos sean distribuidos equitativamente. El sexto principio es decir la verdad... Debido a que la práctica médica a menudo hace que estos principios entren en conflicto, la resolución de tales conflictos es primordial para el arte de la medicina.

Aunque estos principios requieren un equilibrio para disminuir el conflicto potencial que puede darse entre ellos:

[...] la obligación de de 'no perjudicar' podría interpretarse como la no exclusión de un acto médico únicamente porque conlleve algún riesgo de perjudicar, pues tales riesgos (aunque no todos) pueden considerarse 'aceptables'. Asimismo, el respeto a la autonomía del paciente puede estar limitado por la consideración de que el paciente está demasiado preocupado para saber cuál es su verdadero interés y decir la verdad no significa decir toda la verdad, sino solamente lo que pensamos que es mejor para el paciente (para no causar un daño innecesario, siguiendo el segundo principio). (Arechederra Aranzadi & Ayuso Arroyo, 1995).

Esto mismo, aplicado a la prevención en Salud Mental tendría importantes matizaciones. Por ejemplo, cómo puede decidir un ciudadano si ante una decisión que deba tomar con respecto a un acto no directamente relacionado con su salud actual, pero sí con consecuencias futuribles para aquélla, no se le informa de todos los riesgos o se minimizan éstos por motivos ajenos a la praxis médica. Aquí el principio de la verdad prevalecería sobre el de autonomía del paciente, sobre el de la justicia distributiva, sobre la ideología del médico y, especialmente, sobre el alivio del sufrimiento, cuando el acto o la decisión del sujeto es un intento de evadirse de una responsabilidad o una sobrecarga necesaria para su propio proceso de desarrollo personal.

El principio del estado del bienestar exento de responsabilidad personal entra en colisión con la eficacia de los programas de prevención cuando

se soslayan las informaciones completas, veraces y congruentes con la evidencia científica, en aras de una protección del consenso social basado en el predominio de ideologías, creencias o supuestos sociológicos. Es, por tanto, clave distinguir entre la evidencia científica basada en estudios con metodología de grueso calibre o en supuestos deducibles de una evidencia científica “de conveniencia” no demostrada mediante estadística aplicada a grandes grupos de población y durante el tiempo necesario para la emergencia del conflicto de salud.

Los reconocidos como Derechos Humanos tienen su origen en la dignidad intrínseca de la persona, del ser humano, a quien son inherentes y, por tanto, irrenunciables e inalienables. No son derechos concedidos por norma humana; le son propios precisamente por su condición de persona. (Arechederra Aranzadi & Ayuso Arroyo, 1995).

En consecuencia, cualquier política de prevención debe tener en cuenta este principio, de tal manera que soslayar la verdad se transforma en un paternalismo que excluye el proceso de despliegue de todo el potencial que tiene la persona y genera, indirectamente, un daño social incalculable porque la sociedad pierde el desarrollo pleno de uno de sus miembros o de colectivos amplios de población marginados acerca del conocimiento de la verdad más cercana a la objetividad.

LA FAMILIA COMO INSTITUCIÓN FAVORECEDORA DE LA PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES

La familia es la institución que aporta más eficacia con el menor coste. Es, pues, la institución más eficiente. Todo aquello que puede hacer la familia por sus propios medios no debe ser dificultado por ninguna institución pública. Pero donde no llega la familia, las instituciones públicas deben conseguir la creación de las ayudas necesarias que mejor asemejen la función de aquella. Es decir, la sociedad debe tratar a sus miembros como también una extensa familia eficiente que suple, distribuye con igualdad y garantiza unos derechos personales mínimos e irrenunciables.

La familia es el más importante factor en la configuración de la identidad personal. El modo en que una persona habla, los gestos con que se expresa, el mismo estilo cognitivo que caracteriza a su singular forma de conocer y pensar son en buena parte deudores de la familia en que ha crecido. La familia deja una impronta especial, un resello inconfundible en el modo en que se configura la propia identidad personal. (Polaino, 2010).

Si la familia se enfrenta a la enfermedad de alguno de sus miembros y, más si cabe, si se trata de un trastorno mental, requiere el apoyo y la supervisión técnica de los expertos que las instituciones públicas deben crear, sostener, actualizar y optimizar en su funcionalidad. Si la enfermedad en general supone una importante ruptura biográfica para todos los miembros de una familia, cuando se trata de un trastorno mental este impacto es de mucho mayor calado. Este implemento del sufrimiento para estas familias con un miembro en situación de crisis por una enfermedad psíquica, se sustenta en la complejidad de la patología mental, en los muchos elementos que influyen en su precipitación, mantenimiento y agravación; así como las dificultades de entendimiento para los ciudadanos no instruidos o, lo que es peor, imbuidos por prejuicios ancestrales.

La educación en el conocimiento, prevención y solidaridad hacia la población que sufre una enfermedad o trastorno, pero que en ningún caso es exclusivamente el resultado de la enfermedad (a saber: esquizofrénico, fóbico, obsesivo, histérico, epiléptico o bipolar), es desde el punto de vista de la ética médica y social la asignatura pendiente que se sigue suspendiendo una tras otra convocatoria.

COHESIÓN Y PERSUASIÓN SOCIAL COMO MÉTODOS DE TRANSMISIÓN DEL MENSAJE PREVENTIVO

Una sociedad que no respeta sus principios constituyentes (tradición, valores, normas de convivencia, legislación basada en valores democráticos, etc.) se encuentra abocada a un proceso de desintegración y desorientación cuando se enfrenta a problemas nuevos (la crisis de la economía financiera, el desequilibrio demográfico, la colisión entre culturas, el paro juvenil, etc.). La cohesión social y la implicación de los ciudadanos en el bienestar de sus amigos, vecinos y conciudadanos en general son las más eficaces actuaciones, siempre que se expresen con corrección y deseo de bien para con el otro.

Todos los programas de persuasión acerca de cómo circular por las vías de circulación de vehículos, así como las campañas que advierten de las consecuencias de una conducta descuidada, temeraria o irresponsable han demostrado eficacia en la reducción del número y la gravedad de los accidentes de tráfico. De la misma forma, la colaboración de los medios de difusión y la puesta en marcha de programas publicitarios o no, que promuevan las conductas saludables a favor de la prevención en Salud Mental podrían ayudar a esa toma de conciencia. Especialmente importante en la relación que existe entre algunas enfermedades psicóticas, su precipitación o evolución desfavorable, y el uso de tóxicos y alcohol.

El asociacionismo garantiza la defensa de los derechos ciudadanos frente al poder constituido que se enfrenta a la priorización de los presupuestos o a su reparto según las necesidades presentes, futuras y, aquellas que proceden de demandas antiguas jamás satisfechas. Pero no solamente estas funciones del asociacionismo tienen relevancia, quizá son mucho más importantes y de gran practicidad la labor de formación y la comunicación de experiencias para establecer asesoramiento a otras instancias de la sociedad, especialmente en el ámbito de la prevención, la detección precoz y la adaptación de recursos a sus verdaderas necesidades.

En el seno de estas agrupaciones de pacientes o familiares surgen auténticos colaboradores e iniciativas de solidaridad mucho más eficaces que las que ofrece, en ocasiones, la administración pública.

Existen numerosas evidencias científicas acerca de la relación entre estilos de vida y la precipitación del trastorno mental, según el modelo tan descrito y estudiado y que se resume con el término “*endofenotipo*”.

El concepto de “endofenotipo” sería el resultado de una serie de sucesos históricos que se inician en el siglo XIX cuando Morel introduce el concepto de vulnerabilidad, quien la describe como un “terreno frágil” que era transmitido en forma hereditaria y que junto al grado de ‘degeneración’ presente en un individuo conducía a la aparición de las enfermedades mentales”. (Berner, 2002).

Del estudio de los endofenotipos con riesgo de poner en marcha la esquizofrenia, por ejemplo, podría establecerse un programa de seguimiento y de recomendaciones sobre el estilo de vida más recomendable para la persona susceptible de padecer la enfermedad, entre estos consejos se encuentran evidencias de que evitar situaciones de alto estrés emocional, la abstinencia del consumo de tóxicos —especialmente derivados del cannabis, según los trabajos de Van Os en población juvenil holandesa—, o la utilidad de psicofármacos preventivos y modificadores del curso de la enfermedad, serían recursos de prevención muy eficaces.

También la prevención del maltrato y los abusos sexuales se han evidenciado como programas muy eficaces para la prevención de trastornos mentales emergentes, como el Trastorno Límite de la Personalidad y aque-

llos rasgos de personalidad fronterizos con éste trastorno. En este caso, las políticas de protección de la infancia y una eficaz educación durante la adolescencia que resalte la importancia de la detección de cualquier forma de utilización de la figura de la mujer y de la infancia como meros objetos de utilitarismo o de degradación.

PROBLEMAS EMERGENTES RELACIONADOS CON LA SOLEDAD POR EXCESO DE AUTONOMÍA

El suicidio constituye un problema de salud pública muy importante pero en gran medida prevenible, que provoca casi la mitad de todas las muertes violentas y se traduce en casi un millón de víctimas al año, además de unos costos económicos cifrados en miles de millones de dólares, según ha señalado la OMS. Las estimaciones realizadas indican que en 2020 las víctimas podrían ascender a 1,5 millones. Esta advertencia de las primeras instancias del control y estudio de la salud a nivel mundial, nos deben prevenir acerca de hacia dónde deben encaminarse los programas de prevención. El suicidio emerge en una sociedad que camina hacia la soledad, la falta de acompañamiento, el deterioro de la institución familiar, la pérdida de valores y tradiciones, la falta de responsabilidad acerca de la importancia que tiene la persona en relación a las múltiples combinaciones en su interrelación con las demás. De forma indirecta, cabe mucha tarea que realizar en las etapas de la educación y en la formación de la clase médica para detectar a los pacientes de riesgo. El control del alcoholismo y el abuso de todo tipo de sustancias también se relacionan directamente con este fenómeno que lastra y puede poner en peligro la estabilidad de núcleos de población amplios.

La educación en el respeto y el valor inefable de cualquier vida humana ha de calar en los programas educativos desde las primeras etapas de la educación infantil para que los resultados puedan recogerse en la vida adulta.

Otra gran labor pendiente es la que plantean algunos autores en relación a los medios de comunicación y su potencial de difundir 'iatrogenia'.

También hay datos que indican que las noticias de suicidios aparecidas en los medios de comunicación pueden llevar a algunos a emular esos actos. Por ello, instamos a los medios de comunicación a demostrar sensibilidad a la hora de informar sobre esas muertes trágicas y a menudo evitables.

Ha declarado el Dr. Saraceno. *“Los medios de comunicación también pueden contribuir de forma destacada a reducir el estigma y la discriminación asociados a los comportamientos suicidas y los trastornos mentales”.*

Estas conclusiones aproximan al sociólogo francés a otro pensador y sociólogo contemporáneo suyo, Max Weber, en el sentido de que ambos hacen una llamada sobre las pérdidas “*existenciales*” que pueden traer aparejados los progresos económicos y sociales de la Europa industrial y su cultura moderna. En este sentido, Durkheim se acerca aquí al Weber de la jaula de hierro y el desencanto del mundo.

EL ESTIGMA DE LA ENFERMEDAD MENTAL Y EL ABORDAJE DE LA PREVENCIÓN PRIMARIA EN SOCIEDADES TECNIFICADAS

La patología mental siempre ha sido a lo largo de la historia un tema que ha generado tabú y rechazo. El pensamiento mágicoprimitivo e incluso el pensamiento racionalista han contribuido de una manera u otra a crear un rechazo en la sociedad a aquellos individuos que pierden el sentido de la realidad. Esto se encuentra mitigado en algunas culturas que mantienen el respeto hacia los ancianos y hacia aquellos que perciben otras realidades y que les acercan a la espiritualidad y a hacia aquellas creencias que les revelan a su demiurgo. Sin embargo, las sociedades tecnificadas parece como si aún no hubieran superado su miedo ancestral hacia lo que consideran “*la locura*”. Ni siquiera entienden que personas que han podido perder su capacidad de autogobierno pueden recuperarla beneficiándose del desarrollo tecnológico y científico. Esta paradoja de cómo hemos perdido capacidad de comprensión y aceptación de la situación de enfermedad de un congénere nos limita en nuestra posibilidad de ayuda.

No obstante, el abordaje por parte de los medios de comunicación es la clave para superar el estigma de la enfermedad mental, y la consideración de toda la trayectoria psicobiográfica del enfermo debe ser el camino mediante el cual la persona es apprehendida en todo su valor y dignidad, a pesar del paréntesis en su devenir causado por el trastorno mental. Todos los esfuerzos para conseguir una colaboración con los agentes que procesan y controlan la información son pocos para conseguir el tratamiento adecuado de las noticias relacionadas con las patologías mentales y las contingencias sociales consecuentes a éstas.

El mensaje sintético que conviene trasladar a la sociedad se resume en aquella famosa frase “*todos somos..., el débil, el necesitado y el desorientado*”, al menos en potencia. Ponerse en la piel del otro siempre ha sido el mejor método de hermanamiento entre los individuos de una misma colectividad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arechederra Aranzadi, J. J. & Ayuso Arroyo, P. P. (1995). *Bioética, Psiquiatría y Derechos Humanos*. Madrid: International Marketing & Communications.
- Berner, P. (2002). Conceptualization of vulnerability models for schizophrenia: historical aspects. *American Journal of Medical Genetics*, 114(8): 938942. doi: 10.1002/ajmg.b.10755
- Cabanyes Truffino, J. & Monge, M. A. (2010). *La Salud Mental y sus cuidados*. Pamplona: Eunsa.
- Drane, J. F. (1985). The many faces of competency. *The Hastings Center Report*, 15(2): 1721.
- Gergen, K. J. (1997). *El Yo saturado: dilemas de identidad en el mundo contemporáneo* (L. Wolfson, Trad.). Barcelona: Paidós. (Obra original publicada en 1991).
- Gracia, D. (1989). *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema.
- NietoMunuera, J. (2004). *Psicología para Ciencias de la Salud*. Madrid: McGrawHill.
- Polaino, A (2010). Persona y Familia. En: J. Cabanyes Truffino & M. A. Monge, *La Salud Mental y sus cuidados*. Pamplona: Eunsa.
- Sánchez Caro, Je. & Sánchez Caro, Ja. (2003). *El consentimiento informado en Psiquiatría*. Madrid: Díaz de Santos.





5. EL INFORME PSICOLÓGICO CONFORME A LA ÉTICA PROFESIONAL ACTUALIZADA

Vicent Bermejo i Frígola
Francisco José Santolaya Ochando

La Declaración Universal de Derechos Humanos ha sido una fuente fecunda tanto de la organización institucional de los estados democráticos como de los desarrollos bioéticos. De este modo, la Declaración para la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa de la Oficina Regional para Europa de la OMS de 1994 ha supuesto un importante impulso en el reconocimiento de los derechos fundamentales en el campo más estrictamente sanitario. Pero ha tenido una especial relevancia el Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina o Convenio de Oviedo), suscrito el día 4 de abril de 1997, y en vigor en España desde el 1 de enero de 2000.

Su especial valía reside en el hecho de que establece un marco común para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana en la aplicación de la biología y la medicina. El Convenio trata explícitamente, con detenimiento y extensión, sobre la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes, entre los cuales resaltan el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas.

Este Convenio fue el que dio lugar a la regulación de Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. De esta Ley destaca *“la voluntad de humanización de los servicios sanitarios”* incidiendo en cuestiones tales como el derecho relativo a la información clínica y a la autonomía individual de los pacientes en relación a la salud con respeto escrupuloso a la intimidad personal y a la libertad individual *“garantizando la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se prestan y sin ningún tipo de discriminación .”* (Exposición de Motivos Ley 41/2002.).

Es en este marco de regulaciones en el que se ubica la ética profesional de psicólogos y psicólogas, marco en el que hay que estudiar el fundamento deontológico por el que se debe regir el Informe Psicológico. Aunque dicha regulación viene dada por el vigente Código Deontológico del

Psicólogo conforme a la deontología tradicional, existe un Proyecto de Código Deontológico¹, pendiente de a probación, que recoge los numerosos desarrollos legislativos de los últimos años que afectan directamente al ejercicio profesional de la psicología y recoge también una actualización en avances teóricos en ética profesional y bioética entre los que destaca el concepto de consentimiento informado.

Partiendo desde estas actualizaciones de la deontología del ejercicio profesional de la psicología, el presente trabajo pretender abordar los criterios éticoprofesionales o deontológicos que ineludiblemente deben ser tenidos en cuenta al emitir este documento profesional que es un Informe Psicológico. Pretendemos efectuar una exposición gramática y aplicada de modo que quede bien ostensible el fundamento éticoprofesional que debe regir tal documento conforme a una deontología actualizada o, lo que es lo mismo, el deber de respeto a principios y normas deontológicas que son de obligado cumplimiento. El Informe Psicológico Clínico ha adquirido una relevancia profesional muy destacada y es un instrumento ampliamente solicitado y utilizado, de ahí la importancia de este esclarecimiento y actualización.

El presente trabajo se beneficia parcialmente del elaborado por E. Pérez, M. Muñoz y B. Ausín (2003). A diferencia de aquel, mucho más exhaustivo y amplio académicamente, el nuestro de forma independiente y monográfica aborda el Informe desde el punto de vista deontológico y, además de actualizar conocimientos se apoya en la experiencia proporcionada por las quejas presentadas a los Colegios Oficiales de Psicólogos motivadas por hipotéticas vulneraciones deontológicas.

Dicho lo anterior, hay que subrayar que nuestra exposición deja en evidencia que los desarrollos de la bioética han influido en nuestro ejercicio profesional hasta el extremo que cualquier profesional de la psicología no sólo no puede prescindir de estos avances sino que también que el enfoque la redacción y exposición de un Informe Psicológico no puede ser el mismo que regía la deontología tradicional.

EL INFORME PSICOLÓGICO CLÍNICO Y SUS RIESGOS

La Ley 41/2002 tomó de forma exclusiva el modelo médico, preferentemente de asistencia hospitalaria, para la resolución de la mayoría de los

¹ Comisión Deontológica del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2009): Proyecto de código deontológico de la profesión de psicología. Revisado y aprobado en la Comisión Deontológica Estatal el 28.03.2009. En archivo informático V12.3.

supuestos. De este modo el artículo 3, dedicado a las *definiciones legales*, dice que a *efectos de esta Ley* se entiende por:

Informe de alta médica: el documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas.

En el mismo sentido, en el artículo 20 dedicado al *Informe de alta*, establece que:

Todo paciente, familiar o persona vinculada a él, en su caso, tendrá el derecho a recibir del centro o servicio sanitario, una vez finalizado el proceso asistencial, un informe de alta con los contenidos mínimos que determina el artículo 3. Las características, requisitos y condiciones de los informes de alta se determinarán reglamentariamente por las Administraciones sanitarias autonómicas.

Por último, la disposición transitoria única, dedicada también al Informe de alta, dice que este informe “se regirá por lo dispuesto en la Orden del Ministerio de Sanidad, de 6 de septiembre de 1984, mientras no se desarrolle legalmente lo dispuesto en el artículo 20 de esta Ley.”. Esta Orden establece la obligatoriedad de 1) estar escrito a máquina o con letra claramente inteligible, 2) consignar datos de identificación del centro asistencial, 3) datos de identificación del paciente, y 4) del proceso asistencial. Aunque por extensión puede entenderse que es de aplicación a la psicología, no deja de haber cierta laguna jurídica respecto la correcta actuación en relación a las informaciones que deben plasmar los profesionales sanitarios de la psicología dejando a su propio arbitrio el modo o modelo de la ejecución de la tarea de emitir informes respecto la actividad asistencial dispensada.

En el ámbito de nuestra especialidad, la psicología clínica, es común definir el Informe Psicológico como el acto de comunicación o de emisión de información, verbal o escrita, a la persona interesada o a su representante legal acerca de los resultados de una exploración o evaluación en el ejercicio profesional de la psicología².

² “El informe psicológico clínico (IPC) es la comunicación (escrita u oral) confidencial y científica realizada por un Psicólogo a su diente, representante legal o autoridad legal competente, de los resultados de un proceso de evaluación/intervención psicológica. La comunicación escrita u oral de un IPC es parte imprescindible, no sólo del proceso de evaluación psicológica clínica, sino del proceso de intervención en su totalidad.” (Pérez, Muñoz, & Ausín, 2003, p.48).



De cualquier Informe Psicológico hay que decir que cuando se emite por escrito es como un documento público que compromete pues testimonia el trabajo profesional efectuado y no es fácil retractarse de él o enmendarlo una vez entregado. No tiene la fuerza de un acta notarial pero se acerca a ello y puede actuar y actúa como la de un contrato. De hecho, puede dar lugar a reclamaciones o a la exigencia de responsabilidades como consecuencia de errores, deficiencias o incompetencias. El Informe Psicológico obliga.

Al igual que la Constitución Española determina para el ejercicio del Poder Judicial que “*Las sentencias serán siempre motivadas*” (artículo 120.3 CE), de modo similar se puede afirmar que los Informes Psicológicos deben estar siempre bien motivados y fundamentados. En las regulaciones deontológicas tiene el mismo tratamiento que una evaluación o una intervención profesional al formar parte *de la obtención y uso de la información*³.

Así pues, un Informe Psicológico de por sí ejerce un gran impacto, y este impacto puede ser más duradero o permanente cuando se plasma y entrega por escrito. Posee una gran trascendencia y lo es en particular desde el punto de vista ético ya que puede dar prueba o fe de una supuesta vulneración deontológica, llegados a ese extremo. De ahí las recomendaciones de *cautela* y *prudencia*⁴ que aparecen en las regulaciones deontológicas. De hecho, una vez entregado un Informe Psicológico escrito, este documento puede a parecer en lugares inesperados en el supuesto de ser utilizado para finalidades que no se dieron a conocer al solicitarlo, por ejemplo, al utilizar tal informe en procesos judiciales sin haber advertido previamente al profesional. Por ello es tan importante conocer bien el fundamento ético de su correcta elaboración y saber identificar o reconocer adecuadamente los espacios de riesgo o los riesgos del mismo. En el artículo 53 del Proyecto de Código Deontológico se afirma que:

El informe psicológico escrito posee una especial trascendencia en las tareas profesionales de psicólogos y psicólogas al tratarse de un documento que, por su misma naturaleza, testimonia y documenta la actividad realizada. Esto les obliga a guardar una también especial consideración y cautela respecto de los contenidos que en él vayan a ser consignados.

Una destacable razón de advertir guardar tanta cautela, prudencia y trascendencia estriba en que en dicho acto o documento se plasma el poder que otorga el conocimiento y la competencia para hacer uso del diagnóstico

³ Referencia al Cap. V del vigente Código Deontológico del Psicólogo (2010).

⁴ Referencia a los artículos 6, 12, 18, 21, 29, 32, 34, 37, 39 y 40, entre otros, del vigente Código Deontológico del Psicólogo (2010).

psicológico clínico. Pues, al igual que cualquier otro poder, el poder diagnóstico tiene el riesgo de poder corromperse o ser un acto manipulador según la ideología o la concepción de normalidad y de patología que se utilice al efecto o, también, por el uso que pudiera hacerse de conceptos científicamente aceptados en un contexto de intereses particulares⁵. No hay que olvidar por tanto que, cuando han pugnado intereses económicos, políticos o afectivos, psiquiatras y psicólogos clínicos han intervenido con su diagnóstico para legitimar las pretensiones de cada una de las partes en conflicto. Por todo ello, con toda razón, el Metacódigo de la Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos (EFPA, 2005) advierte en el Preámbulo del siguiente modo:

El comportamiento profesional de los psicólogos deberá ser considerado dentro de un rol profesional, caracterizado por las relaciones profesionales. Las desigualdades de conocimiento y poder siempre influyen en las relaciones profesionales de los psicólogos con clientes y otros colegas. Cuanto mayor sea la desigualdad en la relación profesional y mayor la dependencia de los clientes, tanto más pesada será la responsabilidad del psicólogo.

Desde nuestra experiencia podemos afirmar que en particular el Informe Psicológico Clínico es un documento muy solicitado y valorado por los usuarios de nuestros servicios profesionales, muy apreciado, desplegando una gran influencia, sobre todo cuando cumple adecuadamente sus funciones.

EL RESPETO A LA DIGNIDAD DE LA PERSONA Y A TODOS SUS DERECHOS EN RELACIÓN AL INFORME PSICOLÓGICO

El deber de respeto a la persona humana es la piedra angular de todo el edificio ético sobre el que se asienta todo desarrollo normativo que regule el ejercicio profesional de la psicología. Lo que incluye el deber consecuente de respetar igualmente todos sus derechos más básicos o fundamentales sin ninguna suerte de discriminación. Es un principio ético común al ejercicio profesional de cualquier profesión sanitaria. Está recogido en el todavía vigente Código⁶,

⁵ Sobre este asunto Walter Reich (1981) describió una amplia revisión de los abusos éticos con especial incidencia en lo sucedido en la Unión Soviética, poniendo a la ex Unión Soviética como paradigma de tales abusos ideológicos. França-Tarragó (1996) recoge estos antecedentes de la ex Unión Soviética en lengua castellana (págs. 131-142) ilustrando con casuística los riesgos de un mal uso del poder diagnóstico.

⁶ El vigente Código Deontológico del Psicólogo (2010) en realidad es el mismo que el Código finalizado en 1987 y aprobado en 1993 ya que de su articulado se eliminaron el 55, 58 y 59 sobre honorarios, y el 50 sobre publicidad debido a lo dispuesto en la Ley Omnibus: Ley 25/2009, de 22 de diciembre, de modificación de diversas Leyes para su adaptación a la Ley sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio. BOE núm. 308. Miércoles 23 de diciembre de 2009 Sec. I. Págs. 108507108578.

es además el primer principio del Metacódigo (EFP A, 2005), común a todas las organizaciones profesionales que pertenecen a esta organización EFP A, y está bien explicitado en el Proyecto de Código Deontológico. Ignorar este principio, no tomarlo en consideración o actuar como si no existiera es no haber entendido nada ni de la psicología ni de su ejercicio profesional puesto que el material de trabajo de psicólogos y psicólogas son los seres humanos y vendría a suponer lo anterior, desconocer la sustancia que sustenta dicho material objeto de estudio científico y de sus tareas profesionales.

Evidentemente, la comisión de un error ético o de una vulneración deontológica que tenga el volumen o la magnitud de lo que se acaba de señalar es un hecho en principio totalmente inusual. Ahora bien, sí puede suceder un desliz por desconocimiento de aplicaciones prácticas de tal principio ético o por no estar entrenado en autoevaluaciones éticas que guarden proporción a la acción que se ejecuta. Este supuesto podría suceder cuando al describir las dolencias o malestares psicológicos de un paciente es necesario referirse al contexto de esta persona, necesidad común en nuestro ejercicio profesional. Así, por ejemplo, si en tal supuesto en nuestro Informe nos referimos a su pareja, esposa o esposo, entrando en la descripción clínica de quien no es nuestro paciente afirmando o sosteniendo un psicodiagnóstico de quien no conocemos o conocemos mediatizadamente y carecemos de consentimiento para emitirlo, nuestro modo de escribir puede alcanzar la gravedad de ser una falta de respeto a la dignidad de la persona. Éste podría ser el caso de esta frase: *“La esposa de Don Luis, nuestro paciente, sufre una psicosis manicodepresiva,”* pues dicho de este modo el profesional que firma un informe asume una responsabilidad diagnóstica que no le compete. Muy distinta redacción sería dejar constancia de las informaciones o informes aportados por nuestro paciente, suscritos por profesionales cualificados y con conocimiento y autorización de la persona interesada, relativizando la información en relación a lo dicho por nuestro paciente. Esta última forma de redactar dejaría constancia, contrariamente al caso anterior, que el profesional sanitario guarda pleno respeto por todas las personas implicadas en los hechos clínicos que se ocupa y guarda las debidas distancias respecto otras actuaciones profesionales. En tal sentido resulta muy clarificador lo que dice el número 1 (o principio básico 1) del artículo 2 de la Ley 41/2002 dedicada a principios básicos. Dice así: *“1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.”*

El principio ético de competencia establece que:

La prestación de servicios profesionales de la psicología estará de acuerdo a la competencia adquirida, esto es, será acorde con la capacitación alcanzada por formación, currículo, experiencia o titulación. Para ello es necesario una adecuada preparación y especialización en la utilización de métodos, instrumentos, técnicas y procedimientos; velar por la solidez del fundamento objetivo y científico de las intervenciones profesionales; respetar los límites de esta competencia y las limitaciones de las técnicas; y, finalmente, mantener esa capacitación mediante la actualización y perfeccionamiento en los niveles óptimos. (Principio quinto del Proyecto de Código Deontológico).

Conscientes de la responsabilidad que conlleva la emisión de un Informe Psicológico, el mencionado Proyecto establece (en el artículo 54) que

Los informes psicológicos escritos deben estar motivados en contenidos o datos y fundamentados en criterios y técnicas aceptadas, no pueden ser arbitrarios o infundados. Serán sumamente cautos, prudentes y críticos en todo lo que se ha de constar en dicho texto escrito. Cautelas similares deben guardar respecto de conclusiones y, sobre todo, de juicios diagnósticos. En cualquier caso, no deben contener términos que supongan devaluación o discriminación de las personas evaluadas.

Este mismo Proyecto establece (artículo 55):

Los informes psicológicos habrán de ser claros, precisos, rigurosos en los datos obtenidos, proporcionados en relación a su motivación, e inteligibles para su destinatario. Deberán expresar su alcance y limitaciones, el grado de certidumbre de sus respectivos contenidos, su carácter actual o temporal, las técnicas utilizadas para su elaboración, haciendo constar en todo caso los datos de quien lo emite, salvo la excepción formulada en el artículo 2. [La cita de este artículo está referida a aquellos supuestos contemplados en la legislación sobre protección de la identificación del profesional].

De los datos consignados es evidente que un Informe Psicológico requiere siempre un alto grado de competencia y formación para su elaboración. Ahora bien, sin perjuicio de las previsiones y desarrollos futuros en legislación sobre nuestra profesión en relación a esta competencia, en el momento actual posee competencia propiamente dicha para emitir un Informe Psicológico Clínico quien está en posesión del Título de Especialista en Psicología Clínica y también, con la superación y suscripción pertinente, los profesionales en formación tales como los psicólogos internos residentes



(PIR). Por ello, si bien la posesión de competencia, en cuanto titulación, puede ser condición sine qua non, como se acaba de transcribir no es suficiente, es necesaria buena preparación y mostrar en lo expuesto lo bien fundado objetiva y científicamente de todo lo que queda reflejado en el texto respecto del proceso asistencial dispensado, respetando a su vez los límites y las limitaciones de todas las informaciones recabadas o el alcance de los se dice.

Ciertamente los modos de recoger las informaciones o de uso de los instrumentos profesionales reflejan muy bien, más allá de la titulación, la competencia profesional y el respeto a tal competencia. Por ejemplo, un psicólogo que entrega un cuestionario, como puede ser el MMPI o alguno de los tests Cattell, para que el paciente lo responda en su domicilio, demuestra manifiesta incompetencia, además de vulnerar las normas específicas de uso y aplicación de los tests psicológicos. El uso mediante fotocopias de estas pruebas clínicas que gozan del copyright es igualmente otra muestra de incompetencia además de vulneración de derechos de autor y un uso abusivo o nada respetuoso de los instrumentos profesionales con fundamento científico de nuestra profesión. La simple carencia de formación e información sobre normas ético profesionales, precisamente para emitir un Informe Clínico conforme a tales regulaciones, es igualmente otra muestra más de incompetencia y de vulneración del principio ético de competencia. O, finalmente, colgar Informe Psicológico Clínico en internet es asimismo una muestra grosera de incompetencia y de vulneración de principios y normas fundamentales de ética profesional.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este concepto ilustra excelentemente la diferencia de enfoque de la asistencia sanitaria en relación al pasado. Con este nuevo concepto y enfoque queda plenamente incorporado en la legislación sanitaria el *respeto a la autonomía del paciente* y, consecuentemente de forma necesaria y obligatoria, se debe abandonar cualquier enfoque paternalista. El capítulo IV de la Ley 41/2002 lleva como tal título, literalmente, *El respeto de la autonomía del paciente*⁷. Define así el concepto de *Consentimiento informado: la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud*. Dicho concepto otorga al paciente

⁷ Este capítulo de la Ley 41/2002 consta de cinco artículos (en una Ley que se compone de un articulado total de veinte, además de seis adicionales, una transitoria, otra derogatoria y una final; total de veinte junto con los nueve restantes). Se trata, por tanto, de un capítulo extenso en relación al conjunto de su texto y es neurálgico en dicha Ley.

un rol activo al facultarle para otorgar conformidad, lo que supone que no solo deja de ser un sujeto pasivo sino que, además, le reconoce autonomía personal y libertad de ser dueño de consentir cualquier *actuación que afecte a su salud*.

La introducción de este concepto conlleva, por tanto, que el paciente es una persona sujeto de derechos de entre los que destaca el derecho a la información, lo que se traduce en un deber (el de informar) para el profesional. La mencionada Ley 41/2002 dice (artículo 4.2): “*La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.*”. Por lo tanto, cualquier profesional de la psicología una vez iniciada su actuación, queda obligado a respetar el derecho a recibir información y, por tanto, a entregar un informe escrito si así le es solicitado, salvo los límites que motivadamente están establecidos por la misma ley.

La Ley 41/2002 determina con claridad que el titular del derecho a la información es el propio paciente y también pueden serlo las personas vinculadas a él en la medida que “*lo permita de manera expresa o tácita*”. Ello implica que no se podrá hacer entrega de un Informe Psicológico a una persona no autorizada salvo los supuestos de consentimiento por representación que son los siguientes: *a) cuando el estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación o no es capaz de tomar decisiones; b) cuando el paciente esté incapacitado legalmente; c) cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención*. Finalmente,

[...] cuando se trate de menores no incapacitados ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

INFORMES DE PARTE

Pese a que la doctrina del consentimiento informado es una de las doctrinas bioéticas más asentadas, en el caso de los Informes Psicológicos se ha creado un espacio de conflicto en los llamados informes de parte. Se trata de Informes Psicológicos presentados a instancias de una de las partes en litigio en un conflicto matrimonial e

[...] intentan beneficiar a la parte que los ha propuesto, ya que en el caso

contrario, bastaría con no presentarlos. Desgraciadamente, algunos letrados, aconsejan a sus clientes que acudan a varios psicólogos con el objeto de intentar conseguir el informe que les sea más favorable, obviamente con la intencionalidad de ampliar los argumentos para ganar el pleito. Una vez que el informe se ha presentado, el letrado de la otra parte (a quien no suele favorecer el informe), también lo estudia con detalle y obviamente, tratará que no surta efecto utilizando todo tipo de argumentos, entre otros contra su autor. En ambos casos, es bastante probable que los aspectos descritos en el informe se interpreten a conveniencia y se extraigan conclusiones fuera de contexto, según la línea argumental de defensa que haya establecido el asesor jurídico. (Del Río Sánchez, 2000).

La autora de este artículo explica en su exposición las causas de que tales informes acaben conteniendo vulneraciones de la deontología profesional de la psicología y son las siguientes: 1) Comentar u opinar profesionalmente sobre otra persona que no se ha evaluado, generalmente, el otro cónyuge. 2) Emitir el informe con parcialidad. 3) Informar o comentar datos de carácter personal de otras personas que no han otorgado su consentimiento, como es el caso de parejas o exparejas de cada una de las partes implicadas en el conflicto. 4) Dejar constancia de datos de carácter personal y que son irrelevantes, atentando contra la intimidad de las personas y, en consecuencia, contra la privacidad de éstas. 5) Evaluar a menores sin el consentimiento de alguno de sus progenitores, ostentando ambos la patria potestad. 6) Uso de etiquetas diagnósticas de modo irresponsable o de modo imprudente. 7) Usar términos devaluadores sin fundamento científico. 8) Prescindir de pruebas de evaluación o diagnosticadas contrastadas y aceptadas por la investigación científica. 9) Elaborar el informe sin rigor científico. 10) Extraer conclusiones a partir de juicios de valor, comentarios de terceras personas, hechos aislados, etc. sin que existan argumentos científicos que las avalen y en consecuencia, sin que se puedan probar.

En fin, los informes de parte ponen al profesional frente a conflictos de intereses y frente a dilemas éticos que, en el supuesto de carecer de formación respecto de cómo desenvolverse frente a tales dificultades y retos, es relativamente fácil caer en deslices vulneradores de la deontología profesional.

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL CASO DE MENORES, CONSENTIMIENTO POR REPRESENTACIÓN, Y EN SUPUESTOS DE CONFLICTO FAMILIAR

La mención expresa al consentimiento por representación en la Ley 41/2002, y también en nuestra exposición al hablar de los Informes Psico-

lógicos de parte, hace necesario hacer mención algo más explícita al consentimiento en menores, en particular, en supuestos de separación, divorcio, discrepancias entre padres o tutores legales, o supuestos similares.

El todavía vigente Código Deontológico del Psicólogo señala en su artículo 25 que un profesional de la psicología, al hacerse cargo de una intervención, “*en el caso de menores de edad o legalmente incapacitados, se hará saber a sus padres o tutores*”. Este texto recoge una doctrina de un momento en el que no estaba tan desarrollado y asentado el concepto de consentimiento informado. Por ello se hace necesario recurrir a la legislación civil a fin de abordar adecuadamente la cuestión que se plantea.

Dentro del Título VII del Código Civil, que versa sobre *Las relaciones paternofiliales*, en su artículo 156 establece:

La patria potestad se ejercerá conjuntamente por ambos progenitores o por uno solo con el consentimiento expreso o tácito del otro. Serán válidos los actos que realice uno de ellos conforme al uso social y a las circunstancias, o en situaciones de urgente necesidad.

En caso de desacuerdo, cualquiera de los dos podrán acudir al Juez quien, después de oír a ambos y al hijo si tuviera suficiente juicio y, en todo caso, si fuera mayor de doce años, atribuirá sin ulterior recurso la facultad de decidir al padre o a la madre. Si los desacuerdos fueran reiterados o concurriera cualquier otra causa que entorpezca gravemente el ejercicio de la patria potestad, podrá atribuirle total o parcialmente a uno de los padres o distribuir entre ellos sus funciones. Esta medida tendrá vigencia durante el plazo que se fije, que no podrá nunca exceder de dos años.

En los supuestos de los párrafos anteriores, respecto de terceros de buena fe, se presumirá que cada uno de los progenitores actúa en el ejercicio ordinario de la patria potestad con el consentimiento del otro.

En defecto o por ausencia, incapacidad o imposibilidad de uno de los padres, la patria potestad será ejercida exclusivamente por el otro.

Si los padres viven separados la patria potestad se ejercerá por aquel con quien el hijo conviva. Sin embargo, el Juez, a solicitud fundada del otro progenitor, podrá, en interés del hijo, atribuir al solicitante la patria potestad para que la ejerza conjuntamente con el otro progenitor o distribuir entre el padre y la madre las funciones inherentes a su ejercicio.

Quiere ello decir que, en supuestos de discrepancia, la ley es absolutamente respetuosa con ambos padres, otorgándoles el ejercicio de la patria potestad conjuntamente, lo que obliga a ser escrupulosos con su doctrina con las salvedades que contemple la misma ley. Naturalmente, la falta de respeto a la patria potestad de alguno de los progenitores o marginarlo de la decisión de efectuar una evaluación psicológica o de su intervención profesional, es una vulneración de la ley y, en consecuencia, lo es de la ética profesional. Lo

que puede suceder si un profesional de la psicología se deja arrastrar exclusivamente por los intereses de una de las partes en conflicto en el caso de menores, tal como puede suceder en un informe de parte en el supuesto de no atenerse a normas. Por todo lo anterior el artículo 4 del Proyecto de Código Deontológico se redactó de este modo:

En el caso de intervenciones con menores inmersos en conflictos de familia (separación, divorcio o similares) que carezcan de capacidad para prestar el consentimiento por sí mismos, psicólogos y psicólogas deberán considerar que, salvo en aquellos casos en los que exista autorización judicial, el preceptivo consentimiento informado tendrá que ser otorgado por quienes sean titulares de la patria potestad (progenitores u otras personas que ostenten legalmente tales funciones), teniendo en cuenta en cualquier caso lo indicado en el artículo 3 y respetando todos los derechos que les correspondan de acuerdo a la legislación.” (El citado aquí artículo 3 está dedicado al consentimiento por representación).

En resumen, una actuación profesional de cualquier psicólogo o psicóloga con menores requiere respeto por los titulares de la patria potestad de los mismos, sin exclusiones o marginaciones.

RESPECTO A LA CONFIDENCIALIDAD Y A LA PRIVACIDAD

La emisión de un Informe Psicológico debe respetar a su vez los principios de confidencialidad y privacidad. A su vez, el respeto al deber de proteger los datos de carácter personal (cf. Ley Orgánica 15/1999 y Real Decreto 1720/2007) obliga a ello. En tal sentido, en un extremo, no deben consignarse informaciones sobre personas que no otorgaron consentimiento y que forman parte del entorno personal del paciente, ni tampoco, en el otro extremo, no podemos entregar un Informe Psicológico a personas que no están autorizadas expresamente para ello. Respecto del primer supuesto, el Proyecto de Código Deontológico establece en su artículo 56 que “*En sus informes, psicólogos y psicólogas se abstendrán de emitir juicios, conclusiones o comentarios sobre personas que no han sido evaluadas o no han dado su consentimiento.*”. Respecto del segundo de los supuestos este mismo Proyecto establece, artículo 8,

Cuando una intervención haya sido solicitada por terceras personas tales como jueces, profesionales de la enseñanza o empleadores, quienes vayan a ser objeto de la misma o sus representantes legales tendrán derecho a otorgar su consentimiento de acuerdo a lo indicado en los artículos anteriores y a ser informados de los objetivos y de los resultados de la evaluación o intervención.

En el caso de que se elabore un informe psicológico y siempre que de ello no se derive un grave perjuicio para la persona evaluada, ésta tendrá derecho a conocer, tanto el contenido como a quién o quiénes irá destinado y su finalidad prevista. En el caso de que una persona se oponga a participar en una evaluación o intervención ordenada judicialmente, el psicólogo o psicóloga responsable de la misma deberá informarle de forma adecuada de los efectos perjudiciales que dicha negativa podría suponerle y, si persistiera en su negativa a consentir, se deberá informar de tal circunstancia a la instancia judicial.

EL SUPUESTO DEL CONTRAINFORME

En relación a los Informes Psicológicos que han sido presentados a procedimientos judiciales, es conocido el supuesto en el que otro experto de la psicología emite informe respecto del primer informe, basándose exclusivamente en los datos consignados en aquel primer informe, sin haber efectuado una exploración propia por quien emite el contrainforme y dedicado a criticar, privar de fundamento, desautorizar y descalificar el primer informe de modo que la verdad que sostenía quede totalmente enmarañada o como si de una quimera alucinante fuera el sostén de la denuncia en curso dentro de la investigación judicial. Además de proporcionar un espectáculo profesional penoso, desautorizar a un colega despiadadamente con fin de que quede invalidado su testimonio profesional es un instrumento para que no emerja la verdad en el trascurso del proceso judicial o de anular los efectos de una denuncia. Ciertamente no es ético. Partiendo de esta experiencia el Proyecto de Código Deontológico incluyó el artículo que sigue, 59:

Los psicólogos y las psicólogas se abstendrán de realizar contrainformes en relación con informes emitidos por otros colegas o por otros profesionales, entendidos aquellos en términos que sobrepasen una crítica razonable y necesaria de acuerdo a lo previsto en la legislación y en sintonía con las normas deontológicas. No obstante, podrán realizar informes sobre personas de las que se hubieren realizado informes precedentes, siempre que se fundamenten en sus exploraciones y en su recogida de información. En todos los casos se ajustarán a lo previsto en este Código sobre relaciones con colegas y otras profesiones.

En resumen, este es otro supuesto frente al que si se rebasan los límites de la cautela o prudencia puede conducir fácilmente a una vulneración deontológica.

CONCLUSIÓN

Lo expuesto hasta aquí ilustra de qué modo el desarrollo de la bioética y de la ética profesional ha venido influyendo en la normativa deontológica o de obligado cumplimiento. De hecho, ha quedado evidente que los puntos de vista ético profesionales en la psicología que se han expuesto son bastante más complejos que los contemplados por la deontología tradicional. La influencia que ha ejercido ha obligado y obliga a tomar en consideración unas nuevas perspectivas expuestas a lo largo de nuestro texto. Hoy en día, para poder emitir un Informe Psicológico es necesario un conocimiento actualizado de este cambio normativo.

En tal sentido ha quedado patente que ha sido el desarrollo del concepto de consentimiento informado el que mejor sintetiza y articula el nuevo enfoque de la ética profesional que ha sido necesario aplicar a la reglamentación deontológica, muy distinta a la utilizada tradicionalmente.

- Bermejo, V. & alt. (2004). *Ética y deontología para psicólogos*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de España. Recuperado de <http://www.cop.es/pdf/etica.pdf>
- Comisión Deontológica del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2009). *Proyecto de código deontológico de la profesión de psicología* Recuperado de http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/normativas_de_interes/ NUEVO_C%C3%93DIGO_DEONTOL%C3%93GICO.pdf
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (Ed.). (2009). Ética Profesional y Deontología [Número especial]. *Papeles del Psicólogo*, 30(3). Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/papeles.asp?numero=1131.Septiembre%2C+n%BA+3%2C+2009+&l1=%3E>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos (2010). *Código deontológico de la profesión de psicólogo*. Recuperado de <http://www.cop.es/pdf/CodigoDeontologicoConsejoAdaptacionLeyOmnibus.pdf>
- Del Río Sánchez, C. (2000). Informes de parte en conflictos matrimoniales: implicaciones deontológicas. *Infocop, Noviembre(77)*, 1520.
- Del Río Sánchez, C (2005). *Guía de ética profesional en psicología c línea*. Madrid: Pirámide.
- EFPA [Federation of National Psychology Associations] (2005). *Metacódigo europeo de la EFPA [Metacode of ethics]*. Recuperado de <http://www.cop.es/pdf/etica.pdf>
- França-Tarragó, O. (1996). *Ética para psicólogos*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274. Viernes 15 noviembre 2002. Págs. 40126-40132.
- Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE núm. 298. Martes 14 diciembre 1999. Págs. 43088-43099.
- Pérez, E., Muñoz, M., & Ausín, B. (2003). Diez claves para la elaboración de informes psicológicos clínicos (de acuerdo a las principales leyes, estándares, normas y guías actuales). *Papeles del Psicólogo*, 24(83), 4860.
- Real decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. BOE núm. 17. Sábado 19 enero 2008. Págs. 4103-4136.
- Reich, W. (1981). Psychiatric diagnosis as an ethical problem. En S. Bloch & P. Chodoff (Eds.), *Psychiatric ethics* (pp. 6188). Oxford: Oxford University Press. (Traducción española en: S. Bloch, P. Chodoff, & S. A. Green (Eds.). (2001). *La ética en psiquiatría* (pp. 189216). Madrid: Triacastela.).



6. SALUD MENTAL Y BIOÉTICA PERSPECTIVA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

*Víctor J. Suberviola Collados
María Vázquez Costa
Ana María Costa Alcaraz*

¿MÉDICOS DE FAMILIA Y PSIQUIATRAS “DE NO FAMILIA”?

Uno de los hitos más importantes en la reforma sanitaria española es la creación de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. La intención era formar adecuadamente al personal médico del primer nivel asistencial, ya que este nivel iba a constituir el eje del nuevo sistema sanitario a partir de la Ley General de Sanidad. Se trataba de dotarles de una adecuada formación clínica que permitiera abordar los problemas de salud que las personas presentan con mayor prevalencia, pero además de este enfoque individual, se aspiraba a que se tuviera un enfoque familiar y comunitario, ya que es en la familia y en la comunidad donde se gestan las enfermedades, que en muchas ocasiones tienen su origen en las características de éstas, y por otra parte las soluciones o los remedios tienen que apoyarse en los recursos familiares y comunitarios correspondientes. Tan es así, que intentamos que sea el mismo médico el que atiende a todos los miembros de la misma familia, o por lo menos a los que conviven bajo el mismo techo.

Los problemas de salud mental son muy prevalentes en nuestra sociedad y suponen un alto porcentaje de las consultas que a diario atienden los médicos de familia. En su mayor parte son tratados y controlados en este nivel asistencial. Los problemas relacionados con la ansiedad y la depresión son abordados teniendo en cuenta las características de la familia, el ciclo vital familiar, el rol que cada miembro juega en el seno de la familia... En ocasiones procuramos una entrevista familiar para el abordaje del problema. En otras ocasiones recurrimos a la familia para afrontar situaciones problemáticas que suponen un reto en la relación, como por ejemplo, el paciente difícil, el paciente frecuentador, la sintomatología psicósomática, etc.

La experiencia nos muestra cómo pequeños cambios de conducta de un miembro de una familia, conllevan considerables cambios en el sistema familiar.

Cuando no controlamos a los pacientes los remitimos a la Unidad de Salud Mental (USM). En ocasiones, nos vemos obligados a remitir a más de un miembro de la familia.

La USM tiene un criterio de reparto de los pacientes según la procedencia del médico de familia, esto es, hay un psiquiatra asignado a cada médico de familia, pero si reciben a más de un miembro de la misma unidad familiar y se enteran de ello, son asignados automáticamente a un psiquiatra diferente.

No estaría de más que se propiciara un encuentro para valorar las ventajas e inconvenientes de la organización de la atención a la salud mental.

COORDINACIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS) Y USM

El gran reto pendiente para un mejor funcionamiento del sistema sanitario es el de una coordinación efectiva entre los niveles asistenciales. Ha estado en boca de todos desde el inicio de la reforma sanitaria, pero en realidad sigue siendo una quimera, salvo en contadas ocasiones. Una coordinación deseable pasaría por el conocimiento personal y una comunicación directa mediante teléfono, correo electrónico..., por un reconocimiento recíproco de la labor y papel que juega cada profesional dentro del sistema sanitario, en condiciones de igualdad, la necesidad de compartir objetivos y la visión de que todos debemos procurar lo mejor para la salud de los pacientes.

En el campo de la salud mental, debido a la elevada prevalencia y duración mantenida en el tiempo, el primer nivel asistencial es el principal encargado de atender los problemas de ansiedad, depresión, trastornos de personalidad (que no desean ser atendidos en salud mental), los trastornos psicósomáticos (aunque cualquier enfermedad orgánica lleva aparejada una afectación psicológica). Cuando esos tipos de trastornos mentales no pueden ser controlados en APS, o ante la sospecha de que puedan necesitar una terapia psicológica, el médico de familia deriva al psiquiatra de la USM. No lo remite para olvidarse de él, sino para que se pueda beneficiar de una atención especializada. Si conseguimos trabajar de manera colaborativa y coordinada, todos quedamos satisfechos y el médico de familia puede asumir su seguimiento.

El caso de AAA, varón, treinta y pocos años, trabajador de una gran empresa, puede ejemplificar la importancia de una coordinación ágil. Se trata de un paciente poco frecuentador y que, hasta ese momento, nunca había estado en incapacidad transitoria (IT). Acude a su médico de familia por presentar dolor torácico inespecífico y episodios de respiración suspirosa con sensación de falta de aire. Tras realizar una anamnesis detallada y exploración básica que resulta anodina, el médico indaga sobre problemas de rela-

ción en el ámbito familiar o laboral. El paciente había iniciado los síntomas pocos días después de haber sido cambiado, involuntariamente, de puesto de trabajo. Ya que la actividad que se le encomendaba realizar en el nuevo puesto era desconocida para él, había solicitado un periodo de entrenamiento previo o, en su defecto, de tutelaje, que no se le había concedido. La posibilidad de cometer algún error de importantes consecuencias y la inseguridad sobre la calidad del trabajo realizado le estaban afectando psicológicamente y eran la causa de las somatizaciones que le motivaron acudir a la consulta. Puesto que presentaba insomnio, tanto de conciliación como de segunda fase, junto con ensoñaciones, se le planteó una IT corta (12 semanas) para desconectar de los problemas laborales y si fuese preciso, iniciar tratamiento con benzodiazepina + antidepresivo. AAA no aceptó ausentarse del trabajo, era consciente de la situación que había motivado su cambio de puesto y no quería empeorarla más. Se inició el tratamiento con medicación a pequeñas dosis y se derivó a la consulta de psicología clínica del centro de salud mental de referencia.

La buena coordinación existente entre los centros de salud y el de salud mental de referencia permitió que, argumentando en la hoja de interconsulta los motivos por los que la derivación era preferente, el paciente fuese atendido en el plazo de 10 días y, tras varias visitas del psicólogo, aceptase entrar en IT con el diagnóstico de trastorno por ansiedad generalizada. Tras unas semanas de baja y presentando una valoración por escrito del psiquiatra y un informe del psicólogo que lo estaba tratando, AAA consiguió de sus jefes aceptasen proporcionarle un periodo de trabajo tutelado en el nuevo puesto. Desde salud mental se le dio alta y el médico de familia estuvo realizando seguimiento, con una visita mensual (si no hubiese empeoramiento) durante los tres meses posteriores al alta laboral, retirando progresivamente la medicación. Han transcurrido más de 5 años desde aquel episodio y el paciente no ha presentado ningún otro problema de salud importante.

Si no hubiera existido coordinación APS-USM, las consecuencias en este caso habrían sido:

1. El paciente no habría aceptado la propuesta de IT, por lo cual su problema psicológico desencadenado por *mobbing* habría empeorado con la consiguiente cronificación de algo que, por sí mismo, no es crónico. Esto se puede considerar que es iatrogenia.

2. Si el médico de familia hubiese podido convencer al paciente para estar en IT, la baja laboral se habría prolongado de forma innecesaria durante varios meses hasta ser atendido por la USM, con el consiguiente gasto en

presupuesto de Seguridad Social. Esto puede considerarse una mala gestión de los servicios públicos que, en última instancia, es un problema de justicia. Los mínimos de justicia pretenden asegurar igualdad de oportunidades para mantener o restablecer la salud a todos los ciudadanos. Pero los presupuestos son limitados y los gastos inadecuados resultan en detrimento de otras financiaciones a cargo del sistema público de salud.

3. Ante la demora de atención por parte de la USM, el paciente podría haber decidido acudir a la consulta privada de especialistas en salud mental, con lo cual la perversión organizativa del sistema público habría potenciado la medicina privada (que es potenciar la desigualdad en salud, ya que el acceso a este tipo de asistencia es diferente según las posibilidades económicas de los pacientes).

Por las características de la patología mental, no sólo resulta necesaria una coordinación entre los diferentes niveles sanitarios sino también una coordinación sociosanitaria (Tizón, 2000). Un ejemplo a seguir, que lleva funcionando unos años en Valencia, es la Red Comunitaria de Salud Mental del Departamento de Valencia-Clínico-Malvarrosa, donde se integran los servicios de salud mental de la USM de la Malvarrosa, del Hospital Clínico, de la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) del Grao, de APS, de Servicios Sociales, y diferentes asociaciones (ACOVA, ASIEM, Nexe, Bona Gent, Àmbit, Nexe, Mentalia Puerto,...) con el fin de coordinar, desde el punto de vista técnico, los recursos disponibles para la atención a los enfermos mentales.

Vamos a desarrollar algunos aspectos, sin ánimo de exhaustividad, en los que se podría mejorar la colaboración de psiquiatras y médicos de familia:

- Uso racional de medicamentos.

Entendemos por uso racional de medicamentos el uso de los medicamentos más eficaces al menor coste posible. Antes de prescribir un medicamento hemos de valorar el beneficio/riesgo pero también el coste/beneficio, ya que un euro malgastado y a no se puede usar para algo útil en salud. Por último, y si el paciente está capacitado para tomar decisiones, debe de consentir la prescripción.

Pues bien, este planteamiento, que es la guía para una prescripción desde el punto de vista ético, obliga a valorar integralmente al paciente, a tener en cuenta sus comorbilidades y las posibles interacciones medicamentosas, así como su motivación para tomar

el tratamiento. Para ello es necesaria una adecuada coordinación del psiquiatra con el médico de familia.

- Gestión de la IT.

La IT es una prestación a la que el trabajador tiene derecho, cuando el médico que le atiende considera que si siguiera trabajando se vería perjudicado, o bien, que su enfermedad le imposibilita a hacerlo. Habitualmente es el médico de familia el que extiende el parte de baja, porque es el médico que primero atiende al paciente, pero no es el único responsable, de manera que si el paciente es remitido a un especialista porque el proceso lo requiera, éste debe corresponsabilizarse de la gestión de su IT. Esto requerirá en ocasiones, informes, pronóstico, ... y colaboración con la inspección sanitaria, mutuas e INSS como así lo hace el médico de familia.

- Evaluación de la capacidad de los pacientes para tomar decisiones.

La evaluación de la capacidad de los pacientes es la parte esencial para el ejercicio de la medicina respetando la autonomía de los pacientes. Si queremos superar el modelo paternalista de atención y desarrollar un modelo en que el paciente, tras una adecuada información, comparta las decisiones sobre su salud con el médico que le atiende, éste tiene que saber si el paciente está capacitado para tomar decisiones.

Aunque todos los pacientes sin problemas de salud mental, mayores de edad y menores competentes, son presumiblemente capaces para tomar decisiones, con los diferentes problemas mentales, agudos o crónicos, la capacidad puede fluctuar según el momento o el tipo de decisión (Santander y Hernanz, 2001). Ya que no hay ningún instrumento exacto, la ayuda del psiquiatra y del psicólogo puede resultar crucial para realizar una correcta evaluación.

- Atención domiciliaria.

El domicilio de los pacientes es el escenario real donde los pacientes habitan (Pastor Sánchez, 2003). En un gesto de generosidad y confianza los pacientes descubren su intimidad a los profesionales sanitarios que los visitan. Para los profesionales noveles atender a los pacientes en el domicilio es como *“jugar en el campo contrario”*, ya que su aprendizaje y primeras prácticas se suele realizar

en el medio hospitalario donde los pacientes se encuentran en un ambiente despersonalizado que no le es propio, vestidos con un pijama institucional.

Aunque el limitado tiempo de que se dispone y la sobrecarga asistencial obliga a valorar la pertinencia de la visita domiciliaria, en los casos que el paciente no puede desplazarse al centro de salud o a la USM, por problemas de movilidad o porque su enfermedad hace que rechace buscar ayuda, es el personal sanitario en que debe atenderle en su domicilio. Es encomiable la visita conjunta del médico de familia y del psiquiatra al domicilio del paciente, cuando el médico de familia ha valorado esta necesidad, pero por desgracia no es una práctica generalizada.

El caso que sigue ilustra lo afirmado. BBB tiene poco más de sesenta años. Es curandera, conocida dentro y fuera de su lugar de residencia. Aunque tiene familia, vive sola. Acude al centro de salud para consultar por diferentes problemas, siempre en horas de poca frecuentación.

Al realizar una visita domiciliaria, la enfermera detecta características de desorden y falta de higiene, motivo por el que deriva el caso a la trabajadora social y, tras valoración conjunta, tramitan una ayuda a domicilio.

Un tiempo después de estar prestando asistencia, la auxiliar de ayuda a domicilio expresa su temor a ser agredida debido a las extrañas insinuaciones que BBB le dirige. Informa de ello a los profesionales del centro de salud. El médico de familia acude al domicilio, donde recibe insinuaciones sexuales de la paciente y, en base a criterios de "*reducción de daños*" (manejado de forma habitual en la toma de decisiones para otro tipo de problemas de salud mental, los relacionados con la adicción a sustancias), descarta la institucionalización de ésta y, con el presunto diagnóstico de trastorno de personalidad, realiza un informe para entregar al Servicio de ayuda a domicilio del Ayuntamiento. Se le mantiene la ayuda a domicilio pero, con el paso del tiempo, sucesivas trabajadoras van renunciando al cuidado por miedo a sufrir agresiones.

Esta paciente no es consciente de comportarse de forma extraña y, por tanto, se niega a acudir a la consulta de salud mental. A tra-

vés de las trabajadoras sociales de APS y USM, se programa una visita conjunta de médicos al domicilio con el objetivo de ratificar tanto el diagnóstico realizado por el médico de familia como la decisión de evitar la institucionalización de la paciente. Acudieron, pues, al domicilio psiquiatra y médico de familia con sus respectivos residentes de especialidad. La paciente los recibió con hospitalidad, ya que le resultan de agrado las visitas. Tras un informe en el que el psiquiatra confirmaba el diagnóstico y ratificaba la decisión de mantener a la paciente en su domicilio, se consigue una segunda ayuda. A partir de ese momento y desde hace años, siempre son dos personas las que acuden juntas al domicilio para prestar sus servicios de apoyo.

Si desde la USM no se hubiera realizado la visita domiciliaria:

1. Es posible que no se hubiese podido conseguir un refuerzo del servicio de ayuda a domicilio e incluso, tal vez hubiese llegado el momento en que nadie aceptara prestar ayuda domiciliaria a esta paciente con lo cual sus condiciones de higiene se habrían deteriorado progresivamente.
2. Quizás habría llegado un momento en el cual, dadas las condiciones de abandono, habría sido necesario forzar la institucionalización de la paciente contra su voluntad, con el consiguiente deterioro de su calidad de vida.

- Grupos Balint.

Los grupos Balint son unos grupos constituidos por psiquiatras y profesionales de APS (médicos de familia, enfermeras y trabajadores sociales) que se reúnen para tratar casos reales de pacientes, con la intención no sólo de resolver los problemas de los pacientes, sino también de ayudar a los profesionales en sus problemas emocionales y psicológicos relacionados con su desempeño laboral (Tizón, 2005). En nuestro medio no hay experiencias en este sentido porque apenas existe un conocimiento personal entre los médicos de familia de APS y los psicólogos clínicos o los psiquiatras de las USM. No estaría de más explorar la posibilidad de llevar alguna experiencia en nuestro medio, aunque fuera una experiencia piloto, para ver las ventajas, los inconvenientes y los resultados que tendrían.

En la Comunitat Valenciana existen unas unidades que se dedican específicamente a la atención de las personas con drogodependencias, son las UCA. En estas unidades se atienden las dependencias a sustancias ilegales (marihuana, cocaína, heroína,...), legales (benzodiazepinas, alcohol y tabaco), y otras conductas adictivas como son las ludopatías.

Las personas con patología dual (que padecen al mismo tiempo una enfermedad mental y una dependencia a drogas) suelen ser rechazadas en las USM y remitidas a las UCA hasta que sean deshabitadas. Desde la APS percibimos que es muy elevado el número de personas con patología dual, bien porque tengan una patología mental de base que les haga consumir drogas, o bien porque el uso de estas sustancias les propicie o desencadene enfermedad mental. El caso es que las UCA con recursos limitados, se ven muy limitadas en la correcta atención de esta población, que al no verse controlada deambula por los diferentes dispositivos asistenciales (servicios de urgencias, APS, urgencias hospitalarias,...) poniendo en evidencia nuestra escasa coordinación y efectividad.

CCC es un joven de 28 años de edad que acude a la consulta, acompañado por su madre. Presenta torus mandibularis. Esta hiperostosis anormal de la mandíbula cerca de la base de la lengua coexiste frecuentemente con bruxismo. Es sabido que uno de los mejores tratamientos del bruxismo es el abordaje, psicoterapéutico o medicamentoso, del estrés.

El médico de familia conoce tanto a este paciente como a toda la unidad familiar (padres y hermanos) desde hace años. Sabe que abusa de alcohol y de otras sustancias, además sufre problemas psiquiátricos. Tiene buen apoyo familiar y, en diferentes ocasiones a lo largo de años, se le ha propuesto recibir ayuda desde la UCA a lo cual el paciente siempre se ha negado. Se mantiene de forma persistente en la fase de precontemplación. La madre le formula al médico una pregunta que él mismo se venía haciendo, *“¿qué habrá sido lo primero, doctor?”*, ¿comenzó a consumir drogas porque tenía una enfermedad mental, o ha enfermado por consumir drogas?

Diferentes problemas psiquiátricos aumentan el riesgo de adicción a sustancias (Rubio, López Muñoz, Álamo, & Santo Domingo, 2002) y, por otra parte, los problemas de salud mental son más prevalentes en los estratos sociales pobres (OMS, 2008) por lo cual se puede considerar como actividad prioritaria de justicia el facilitar acceso a tratamiento psiquiátrico de las personas con problemas de drogodependencia.

El protocolo actualmente vigente en esta comunidad autónoma establece que no se derive a salud mental a personas adictas que antes no hayan recibido tratamiento en la UCA. Sin embargo, cuando la adicción se acompaña de trastorno mental es frecuente que los pacientes no pasen de la fase precontemplativa y, como la UCA no está integrada en las USM, estos pacientes nunca llegarán a ser tratados (excepto en los casos cuya capacidad económica permite acudir a una USM privada).

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS EN SALUD MENTAL QUE PUEDEN LLEVAR A CABO DIFERENTES PROFESIONALES DE APS

Los médicos y enfermeros del primer nivel de atención juegan un importante papel en relación a los problemas de salud mental. Esto es debido, por una parte, a que la mayor parte de pacientes consultan por primera vez en este ámbito; por otra, a que un diagnóstico precoz permite resolver muchos problemas menores sin necesidad de derivar a otros niveles de atención especializada. Sin embargo, la detección precoz de problemas relacionados con la salud mental sólo mejora el pronóstico de las personas afectadas cuando se realiza la intervención apropiada, que en muchos casos se podrá realizar en APS, mientras que en otros consistirá en derivar precozmente a USM. El 25% de los trastornos bipolares en la población infantil española, por poner un ejemplo, sufre un retraso diagnóstico de 3 años, con la consiguiente repercusión en problemas de conducta (Soutullo et al., 2009).

¿Cuáles son los problemas menores que pueden ser resueltos en APS? Existen intervenciones psicológicas básicas que pueden mejorar notablemente la aceptación del envejecimiento desde una perspectiva saludable, la asunción de un diagnóstico de enfermedad crónica desde una perspectiva no medicalizada, muchas de las depresiones reactivas, o el control de la ansiedad (Moratalla Rodríguez, 2004).

La escucha activa (Miller & Rollnick, 1999), la terapia a través de la narración (Díaz Olguín, 2007), las recomendaciones de lecturas (Gracia Ballarín, Arroyo Aniés, & Ruiz Moral, 2006), o la terapia breve de resolución de problemas (García Campayo, Claraco Vega, Tazón, & Aseguiolaza, 1999), pueden resultar de utilidad para ayudar a aceptar diagnósticos de patologías crónicas, para reducir sintomatología en los trastornos somatoformes (Real Pérez, Rodríguez Arias Palomo, Cagigas Viadero, Aparicio Sanz, & Real Pérez, 1996), para mejorar la adherencia a los tratamientos prolongados (Rodríguez Arias Palomo, Real Pérez, Castillo Ortí, & Real Pérez, 2001), para acompañar

en un duelo y ayudar a su elaboración, o para motivar al abandono de hábitos tóxicos y conductas no saludables.

Escucha activa. La primera intervención promotora de la salud mental que el médico de APS puede llevar a cabo consiste en escuchar al paciente con las tres actitudes básicas descritas hace varias décadas por Carl Rogers (1993): empatía, autenticidad y aceptación incondicional (entendida como aceptación incondicional de la persona y sus emociones, que no necesariamente de todas sus conductas). La escucha activa implica una atención e interés genuinos por el paciente, transmitidos a través de la comunicación verbal (con preguntas aclaratorias, resúmenes de la información recogida, reflejos de los sentimientos expresados, etc.) y no verbal. Existen numerosos datos a favor de la potencia terapéutica de la escucha. Ser escuchado equivale a ser reconocido, y una escucha sincera favorece la expresión de emociones y sentimientos que han podido quedar bloqueados, causando somatizaciones o diversos trastornos. Además, la escucha atenta permite a los y las pacientes narrar su historia para, con apoyo del profesional, darle coherencia, descubriendo o creando un sentido. Y, como Viktor Frankl experimentó, en su vida y en su experiencia clínica, *“cuando el ser humano encuentra un sentido, entonces (y sólo entonces) es feliz...”* (Frankl, 2004).

Narrativa como terapia. *“Escribir la historia”* del paciente y cuestionarle de un modo que le lleve a explorar nuevos significados. Después de la escucha inicial, el modo en que un médico pregunta, responde y saca conclusiones puede marcar una diferencia en el modo en que la persona experimenta sus problemas y en la búsqueda de soluciones.

Los profesionales de la medicina están entrenados —y a menudo presionados— para diagnosticar. Sin embargo, un diagnóstico no es en realidad nada más que un constructo lingüístico. Puede ser un medio para ayudar mejor a quien consulta, pero un diagnóstico poco cuidadoso puede distraer la atención de otras partes importantes de la historia del paciente. Por ejemplo, podría llevar a obviar el contexto familiar, laboral o social en que aparece una sintomatología depresiva, conduciendo a la simple prescripción de fármacos antidepresivos, con la consiguiente probable cronificación (del problema y de la solución intentada) si no se procede a una modificación factible en el entorno. Por otro lado, puede convertirse en una *“profecía autocumplida”*, llevando a la persona o a su entorno a ajustarse (y *“acomodarse”*) a aquello que se le ha diagnosticado.

La segunda intervención del médico consistiría, pues, en no escribir historias cerradas, así como evitar diagnósticos y pronósticos *“psicoló-*

gicos” sin antes haber escuchado de verdad al paciente. Cuestionarse los diagnósticos y tener siempre en cuenta a la persona que tenemos delante y el contexto en el que a parecen los problemas. En palabras de John Launer “*la conversación entre el médico y el c liente no puede ser concebida como una herramienta para buscar verdades escondidas, sino como un medio para crear verdades no formuladas previamente*”, o “*buscar una nueva historia apropiada para cada paciente*” (Launer, 1999).

Técnicas de resolución de problemas (TRP). Una buena capacidad de resolución de problemas permite al individuo adaptarse mejor al medio, lo que constituye un factor de primer orden en la prevención de enfermedades mentales. Algunos de los objetivos de la TRP son:

- Ayudar a identificar correctamente problemas como causa de malestar psicológico.
- Enseñar a reconocer los recursos que se poseen para abordarlos y aumentar el sentido de control ante circunstancias negativas.
- Facilitar un método sistemá tico de búsqueda de alterna tivas y toma de decisiones.

Se considera que en APS esta técnica sería especialmente útil porque, por un lado, se focaliza en problemas emocionales y sociales que constituyen algunos de los determinantes más importantes de los trastornos emocionales en APS; por otro lado, es una terapia no especializada, fácil de aprender, relativamente breve y, por tanto, factible en el ámbito de la APS. En apoyo de esta afirmación existe una importante evidencia. Un metaanálisis ha demostrado la efectividad de la TRP en APS (Mynors Wallis, 1996). Y un ensayo clínico controlado, en el que dicha técnica fue impartida por personal de enfermería,mostró resultados efectivos (Mynors Wallis, Davies, Gray, Barbour, & Gath, 1997).

Otra intervención en la que puede jugar un papel importante el médi- co de familia es la activación conductual y super visión del cumplimiento de pautas conductuales en pacientes depresivos (bajo guía del psicólogo único).

Además de las funciones mencionadas anteriormente, el personal de enfermería con formación adecuada puede desempeñar un importante papel como coterapeuta de terapia grupal (con el psicólogo clínico como terapeuta) o líder de grupo en psicoeducación y enseñanza de técnicas y habilidades específicas de prevención primaria o secundaria, como por ejemplo:

- Grupos de relajación.

- Grupos educativos (que pueden ser tratamiento único o coadyuvante a la psicoterapia individual) sobre:
 - Alimentación y estilos de vida (prevención de la obesidad, educación sobre conceptos biológicos y nutricionales en trastornos de la conducta alimentaria incipientes).
 - Asertividad / habilidades sociales (para personas con ansiedad o fobia social, trastorno de personalidad evitativo u otros trastornos emocionales derivados de la carencia de habilidades de interacción).
 - Autoestima: puede impartirse en un mismo “*curso*” con las habilidades sociales o por separado, para los tipos de trastorno señalados así como para trastornos del estado de ánimo que en una gran parte conllevan un autoconcepto negativo subyacente.

Quando desde el ámbito de la APS se realizan intervenciones básicas, se evitan derivaciones innecesarias a las USM reduciendo la saturación de estas consultas. Pero tan importante como evitar derivaciones innecesarias es derivar precozmente a quienes, por su sospecha diagnóstica, precisan de inicio ser valorados en los centros de salud mental (o por profesionales con esa especialidad). Y también a aquellos que, tras un periodo de seguimiento desde el centro de salud, no evolucionan favorablemente. Con la derivación a las USM, estos grupos de pacientes podrán beneficiarse de tratamientos más complejos que únicamente deben aplicar los profesionales cualificados en la materia. De no hacerlo así, los médicos de familia estarían incurriendo en negligencia profesional (si se trata del retraso en la derivación) o en intrusismo. El Código Penal, en su artículo 403, considera que realiza intrusismo “*el que ejerciere actos propios de una profesión sin poseer el correspondiente título académico expedido o reconocido en España de acuerdo con la legislación vigente*” (Código Penal, 2010).

EL PAPEL DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Algunos de los problemas que se atienden en APS no pueden ser abordados de forma adecuada sin el concurso de un especialista en psicología clínica. Tal es el caso de trastornos mentales —como depresiones o trastornos por ansiedad— mayores o prolongados, y de otros casos que en el lenguaje sanitario se acuñan empleando vocablos que pueden convertirse en etiquetas, tales como los de personas somatizadoras, hiperfrecuentadoras, o manipuladoras. No hay que confundir diagnósticos con etiquetas. Un diagnóstico

debe aportar información sobre las causas de un problema y/o su posible tratamiento; si no es así, se convierte en etiqueta (Vázquez Costa, 2012). Las personas somatizadoras, o las hiperfrecuentadoras, suelen padecer problemas psicológicos específicos que, en la actualidad, no son abordados desde una intervención psicológica experta y precoz, sino desde un apoyo informal bienintencionado auxiliado por una prescripción farmacológica que no sería necesaria, de contar con el abordaje adecuado. Muchos de los pacientes a quienes se coloca la etiqueta de “*trato difícil*” o “*manipuladores*”, no son en sí mismo problemáticos. El problema radica a menudo en la incapacidad de los profesionales que los atienden para aplicar un tratamiento que requiere una formación cualificada). Con la etiqueta, de connotaciones peyorativas, y con el tratamiento farmacológico (en estos casos, no indicado desde una perspectiva de la medicina basada en pruebas científicas —MBE—) sólo se consigue empeorar la situación de tales colectivos de pacientes y cronificar su inadecuado comportamiento.

La naturaleza de los trastornos emocionales (ansiedad, depresión) es fenomenológica y etiológicamente de carácter psicosocial, sin que ello implique olvidar el componente biológico (Pérez Álvarez & Fernández Hermida, 2008). El enfoque de la prestación asistencial actual, sin embargo, es completamente biomédico. Revisiones sistemáticas de la literatura existente revelan que dos tercios de los pacientes con trastornos mentales son atendidos en APS, y en este ámbito el tratamiento farmacológico es el que tradicionalmente reciben, no estando bien ajustado a la MBE en la mayoría de los casos; por contra, el tratamiento psicológico, que la MBE considera el tratamiento de elección para los trastornos emocionales, es minoritario. El tratamiento actualmente convencional conlleva una alta tasa de abandono y recaídas, tendencia a la cronificación y elevada comorbilidad con otras enfermedades mentales o condiciones físicas crónicas. Ello desemboca en una hiperfrecuentación de las consultas de APS y supone un alto coste económico, social y psicológico. En cambio, las técnicas psicológicas aplicadas en APS para el tratamiento de trastornos emocionales, han demostrado ser más efectivas y eficientes (Pastor Sirera, 2008; CanoVindel, 2001).

Por otro lado, no puede ignorarse que muchas enfermedades físicas (como asma, diabetes mellitus, obesidad, hipertensión, insomnio...) presentan componentes psicológicos importantes que deben ser tenidos en cuenta, tanto en lo que respecta a la aceptación de la enfermedad cuanto a la necesidad de tratamiento prolongado (Pérez Álvarez & Fernández Hermida, 2008). El psicólogo clínico puede conseguir muy buenos resultados en los casos en que una intervención breve del médico no lo ha conseguido. Existen diversos



modelos de colaboración e integración del psicólogo clínico en APS (en los centros de salud, o como consultores a quienes los médicos de familia pueden derivar directamente pacientes sin pasar el filtro del psiquiatra, o como consultores que acuden periódicamente a los centros de APS —para moderar grupos Balint y discutir con el médico de familia casos de pacientes—).

Se dan casos en los cuales es necesaria la intervención reglada y mantenida en el tiempo de especialistas en salud mental. Cuando se retrasa la derivación estando indicada, en el mejor de los casos quien realiza la escucha no consigue más que un “*desahogo*” momentáneo del paciente, con la consiguiente cronificación de condiciones que no lo son “*per se*”, (la catarsis, en la mayoría de alteraciones psicológicas, no es un fin en sí misma sino un primer paso de un proceso terapéutico) mientras que en el peor de los casos puede causar iatrogenia.

Como recapitulación, éstas son algunas de las posibles áreas específicas de la psicología clínica en APS:

- Diagnóstico y derivación a salud mental: detección de trastornos mentales graves que deben ser atendidos en recursos especializados (incluyendo el tratamiento psicofarmacológico) frente a trastornos leves y moderados, que puedan recibir tratamiento psicológico inmediato en unas pocas sesiones individuales o grupales. La detección e intervención precoz de trastornos mentales impide en muchos casos la cronificación o agravamiento que se observa como consecuencia de las largas listas de espera.
- Terapia individual breve.
- Terapia familiar breve.
- Terapia cognitivoconductual (TCC). Es una terapia de fácil aplicación en formato grupal y probadamente eficaz y efectiva para trastornos emocionales de gravedad moderada. Por ejemplo, González, Fernández, Pérez y Amigo (2006) obtienen mejoría en calidad de vida, en diversos síntomas (insomnio, tristeza, ansiedad, etc.), en ocupación laboral y en la utilización de los recursos especializados en salud mental, tras la TCC grupal aplicada en APS a pacientes con síntomas depresivos moderados.
- Terapia de grupo o terapia en grupo de otras modalidades de probada eficacia (como es el caso de tratamientos basados en la

inteligencia emocional) para pacientes con trastornos de ansiedad, del estado de ánimo u otros trastornos (p. ej., trastornos de personalidad) de gravedad leve a moderada (Lizeretti, 2012).

- Supervisión y formación de otros profesionales (es lo que se hace en los grupos Balint).

Disponer de equipos multidisciplinares de elevada cualificación ofrece garantía de calidad. Los pacientes tienen derecho a ser atendidos por profesionales bien preparados y el sistema público debe velar por la calidad de la atención.

CONCLUSIÓN

A lo largo de este capítulo hemos intentado identificar los principales problemas que dificultan que todos los implicados en la atención pública a la salud mental se sientan recíprocamente reconocidos. El “*reconocimiento recíproco*” es un concepto procedente de la filosofía que resulta útil para analizar diferentes aspectos tanto de la relación clínica, como de la salud pública y la planificación sanitaria. Cuando las personas no se sienten reconocidas, establecen un estilo de relación (con las demás personas, o con los grupos sociales) en el que luchan por obtener reconocimiento.

Aplicado al ámbito de la atención sanitaria, es indudable que sin reconocimiento recíproco no se puede dar calidad asistencial. Desde una perspectiva interna, el reconocimiento recíproco implica facilitar el desarrollo de capacidades, tanto de los pacientes como de los profesionales, en un contexto en el que todos se sientan respetados como personas y no utilizados como objetos. Desde una perspectiva externa, el reconocimiento recíproco aplicado a la salud pública refuerza el principio de justicia facilitando la construcción de la identidad como ciudadanos de derechos (Calvo Rigual, Costa Alcaraz, GarcíaConde, & Megía Sanz, 2011).

Nota de los autores

El desarrollo de este capítulo forma parte del proyecto de investigación “*La sostenibilidad de la atención a la salud a partir del reconocimiento recíproco del desarrollo de capacidades*”, (referencia GIBUV-2013-01, del grupo de Investigación de Bioética de la Universitat de València).

- Calvo Rigual, F., Costa Alcaraz, A. M., García Conde Brú, J., & Megía Sanz M.J. (2011). Sin reconocimiento recíproco no hay calidad asistencial. *Revista Española de Salud Pública*, 85(1), 459-468. Recuperado de http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_serial&pid=11355727
- Cano Vindel, A. (2001). Los desórdenes emocionales en atención primaria. *Ansiedad y estrés*, 7(1), 75-97.
- Código Penal Español*. (2010). Recuperado de http://www.ub.edu/dpenal/CP_vigente_31_01_2011.pdf
- Díaz Olguín, R. (2007). *El modelo narrativo en la psicoterapia constructivista y constructuccionista*. Concepción (Chile): CIPRA. Recuperado de <http://www.cipra.cl/documentos/Narrativa%20y%20psicoterapia%20constructivista%20y%20constructuccionista%20%Diaz%20Olguin.pdf>
- Frankl, V. E. (2004). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- García Campayo, J., Claraco Vega, L. M., Tazón, P., & Aseguinolaza, L. (1999). Terapia de resolución de problemas: psicoterapia de elección para atención primaria. *Atención Primaria*, 24(19), 594-601.
- González, S., Fernández, C., Pérez, J., & Amigo, I. (2006). Prevención secundaria de la depresión en atención primaria. *Psichotema*, 18(3), 471-477.
- Gracia Ballarín, R., Arroyo Aniés, P., & Ruiz Moral, R. (2006). *Biblioterapia y grupo Comunicación y Salud. Prescribiendo la lectura de libros*. Comunicación en XVII Taller Nacional de Entrevista Clínica. CDRom. Grupo Comunicación y Salud. Oviedo: SemFYC.
- Launer, J. (1999). Narrative based medicine: a narrative approach to mental health in general practice. *BMJ*, 318(7176), 117-119.
- Lizeretti, N. P. (2012). *La Terapia basada en Inteligencia Emocional. Manual de tratamiento*. Lérida: Milenio.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
- Moratalla Rodríguez, G. (2004). *Ayuda psicológica no reglada en la consulta del médico de familia (Un potaje en la olla rápida)*. Taller desarrollado en XV Taller Nacional de Entrevista Clínica. Grupo Comunicación y Salud. Alfas del Pi: SemFYC.
- Mynors Wallis, L. (1996). Problemsolving treatment: evidence for effectiveness and feasibility in primary care. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 26(3), 249-262.
- Mynors Wallis, L., Davies, I., Gray, A., Barbour, F., & Gath, D. (1997). A randomised controlled trial and cost analysis of problemsolving treatment for emotional disorders given by community nurses in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 170(2), 113-119.

- OMS. (2008). *mpGAP. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias*. Ginebra: Autor. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf
- Pastor Sánchez, R. (2003). Grandezas y miserias de la Atención a Domicilio. *Semergen*, 29(8), 397-398.
- Pastor Sirera, J. (2008). El psicólogo en atención primaria: un debate necesario en el sistema nacional de salud. *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 271-290.
- Pérez Álvarez, M., & Fernández Hermida, J. R. (2008). Más allá de la salud mental: la psicología en atención primaria. *Papeles del Psicólogo*, 29(3), 251-270.
- Real Pérez, M., Rodríguez Arias Palomo, J. L., Cagigas Viadero, J., Aparicio Sanz, M. M., & Real Pérez, M. A. (1996). Terapia familiar breve: una opción para el tratamiento de los trastornos somatoformes en atención primaria. *Atención Primaria*, 17(4), 241-246.
- Rodríguez Arias Palomo, J. L., Real Pérez, M., Castillo Oti, J. M., & Real Pérez, M. A. (2001). Psicoterapia Familiar Breve. Cómo facilitar el cumplimiento terapéutico a través de la modalidad de cooperación de los pacientes. *Atención Primaria*, 27(7), 514-520.
- Rogers, C. (1993). *El proceso de convertirse en persona*. Barcelona: Paidós.
- Rubio, G., López Muñoz, F., Álamo, C., & Santo Domingo, J. (Eds.). (2002). *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Madrid: Médica Panamericana.
- Santander, F., & Hernanz, M. (2001). Conflictos y dilemas éticos en la atención psiquiátrica. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 1(2), 122-139.
- Soutullo, C. A., Escamilla Canales, I., Wozniak, J., Gamazo Garrán, P., Figueroa Quintana, A., & Biederman, J. (2009). Pediatric bipolar disorder in a Spanish sample: Features before and at the time of diagnosis. *Journal of Affective Disorders*, 118(1), 39-47.
- Tizón, J. L. (2000). La atención primaria a la salud mental: una concreción de la atención sanitaria centrada en el consultante. *Atención Primaria*, 26(2), 101-117.
- Tizón, J. L. (2005). Sobre los Grupos Balint, el movimiento Balint y el cuidado de la relación médicopaciente. *Atención Primaria*, 36(8), 453-455.
- Vázquez Costa, M. (2012). *La perversión de las etiquetas*. Recuperado de <http://www.actualpsico.com/laperversiondelasetiquetas/>



7. INTERVENCIÓN TEMPRANA EN LAS FASES INICIALES DE LAS PSICOSIS: CONSIDERACIONES ÉTICAS

Tomás de Vicente Muñoz
Teresa Oliver Climent
Irene Agulló García

JUSTIFICACIÓN

Cuando se abordan cuestiones con gran incertidumbre, como es el caso de la intervención precoz en la psicosis, nada nos libra del posible error, resultando imprescindible una argumentación ética bien fundamentada.

Los trastornos psicóticos tienen su inicio generalmente entre la adolescencia tardía y los primeros años de vida adulta, en el intervalo comprendido entre los 15 y 30 años, ésta es una etapa clave en el desarrollo de la persona a nivel biológico, psicológico y social (Vos y Begg, 2003).

Durante más de un siglo, la visión dominante en salud mental, en relación al trastorno psicótico, era la de una enfermedad caracterizada por una evolución inevitable hacia un deterioro progresivo, tanto a nivel cognitivo como funcional; dirigiendo los esfuerzos terapéuticos a los cuidados paliativos.

Desde principios de la década de 1990, a partir de un programa pionero iniciado en Melbourne (McGorr y, Edwards & Mihalopoulos, 1996), han surgido numerosos estudios que demuestran la eficacia de intervenir de manera temprana en la psicosis.

El paradigma de la intervención temprana se ha centrado en intervenir pronto en el curso de la psicosis con la idea de limitar el daño que ésta conlleva. Representa una maduración del enfoque terapéutico en Psiquiatría, ya que, implica la aplicación de las estrategias preventivas ya establecidas en la atención general de la salud.

Uno de los hallazgos clave ha sido que la discapacidad observada en momentos posteriores de la vida se puede atribuir al máximo nivel dentro de los dos primeros años de enfermedad, un momento que Max Birchwood denominó "*periodo crítico*" (Birchwood, Todd, & Jackson, 1998).

Con este enfoque preventivo se ha modificado la forma de considerar la esquizofrenia y los restantes trastornos psicóticos, en lugar de considerarlos enfermedades de un pronóstico inevitablemente malo, cuya norma sea el deterioro de los parámetros sociales y funcionales, la concepción actual, ba-

sada en las evidencias obtenidas en amplios estudios internacionales (Craig et al., 2004; Jeppesen et al., 2005; Johannessen et al., 2005; Larsen et al., 2006; Melle et al., 2006; Melle et al., 2004; Mihalopoulos et al., 2007; Mihalopoulos, McGorry, & Carter, 1999; Petersen et al., 2005; Rosenbaum et al., 2006; Thorup et al., 2005) plantea el curso de estas enfermedades como algo más fluido y maleable.

La revisión de la literatura científica señala que los programas intervención temprana en la psicosis permiten la recuperación total de los síntomas en un 80% de los casos tratados durante el año posterior al primer episodio psicótico (PEP), en pacientes diagnosticados de esquizofrenia y otras psicosis. También se fomentan las habilidades sociales, la continuidad de la actividad académica o laboral, la adherencia al tratamiento y el apoyo social, disminuyendo el riesgo de recaídas.

La intervención precoz es un término que puede llevar a confusiones, porque al no existir una base etiológica para el diagnóstico de trastornos psicóticos, éstos sólo pueden diagnosticarse por los síntomas. Además, no se conocen factores de riesgo causales específicos que pronostiquen la instauración de un trastorno psicótico. Con esas premisas podríamos decir que la prevención primaria está fuera del alcance de la Psiquiatría. Por ello, la intervención precoz significa prevención secundaria precoz. Según el modelo de estadificación utilizada por la medicina general (McGorry, Hickie, & Yung, 2006) puede concebirse que la intervención precoz en psicosis comprende tres estadios principales: riesgo ultraelevado o fase de estado mental de alto riesgo, primer episodio y recuperación o período crítico.

La estadificación clínica difiere de la práctica diagnóstica convencional en cuanto a que define la medida de progresión de la enfermedad en un determinado momento del tiempo, en el cual la persona se encuentra en ese momento dentro del continuum del curso de la enfermedad (McGorry, 2007).

Por otra parte, la estadificación vincula selección del tratamiento y predicción, su papel en la selección es más crucial que en la predicción, principalmente porque el éxito en el tratamiento precoz puede modificar el pronóstico y, en consecuencia, impedir el avance a estadios posteriores (McGorry, Killackey, & Yung, 2008).

En la actualidad existen numerosos programas de intervención precoz en todo el mundo, dirigidos a las necesidades especiales de personas jóvenes y sus familias. Se han publicado directrices clínicas prácticas internacionales y una declaración de consenso (International Early Psychosis Association

Writing Group, 2005) y, en la actualidad, las directrices clínicas prácticas para el tratamiento de la esquizofrenia suelen tener un importante apartado sobre la psicosis precoz (National Institute of Clinical Excellence, 2003; Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders, 2005).

Desde hace años existe la Internacional Early Psychosis Association (IEPA) organización internacional cuyo objetivo es aumentar los conocimientos, mejorar la atención clínica y reformar los servicios con respecto a la psicosis precoz. En la declaración conjunta de la OMS y de la IEPA, elaborada en el año 2005, se detallan una serie de acciones estratégicas que deben tenerse en cuenta para la puesta en marcha de programas integrales de intervención temprana en psicosis, especificándose la necesidad de asegurar la disponibilidad de intervenciones psicológicas y psicosociales, además de farmacológicas, para estos pacientes (Early intervention and recovery for young persons with early psychosis: consensus statement).

En octubre de 2009, la Asociación Mundial de Psiquiatría (World Psychiatric Association; WPA) publicó una guía de consenso, *Recommended roles for the psychiatrist in first episode psychosis*, apoyando también esta nueva línea de actuación.

Por lo que respecta a nuestro país, el cambio de perspectiva en relación al abordaje de los trastornos psicóticos comenzó en la pasada década. En el 2009 se publicó un documento de consenso español sobre la atención temprana a la psicosis, elaborado por personas expertas de la Asociación Española de Neuropsiquiatría a petición del Ministerio de Sanidad, éste último hizo pública la actualización de la Guía de Práctica Clínica para la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente también en el 2009. En el Primer Informe de Evaluación de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, se propuso incorporar un nuevo objetivo, donde se establece que *“las comunidades autónomas pondrán en marcha acciones para identificar e intervenir precozmente en las personas con psicosis”* (objetivo 4.1, pág. 125), dentro de la línea estratégica 2, referente a la atención a los trastornos mentales.

BIOÉTICAS EN LA INTERVENCIÓN TEMPRANA DE LA PSICOSIS

1. Principios

Nuestro objetivo es fundamentar la importancia de la intervención temprana de la psicosis de una forma práctica y asequible, apoyándonos en el modelo de los cuatro principios de la Bioética:

Principio de Autonomía. Hace referencia al derecho de cada una de las personas a ser respetado en sus decisiones y en ser considerado como capaz para dirigir su vida. Exige reconocer que todas las personas, mientras no se demuestre lo contrario, son capaces de tomar decisiones y disponer de sí mismas libremente. El concepto de consentimiento informado deriva de este principio de autonomía.

Principio de Justicia. Obliga a proporcionar a todas las personas las mismas oportunidades en el orden de lo social; no discriminando segregando o marginando.

Principio de Beneficencia. Cada profesional de la salud tiene la obligación de actuar en beneficio del paciente, haciendo un correcto balance entre riesgos y beneficios de las distintas intervenciones a desarrollar. También hay que balancear beneficios y costos de los mismos, teniendo en cuenta el punto de vista del paciente.

Principio de No-maleficencia. Obliga a no dañar a los demás “*primum non nocere*” y por lo tanto a realizar correctamente el trabajo profesional, es decir realizar buenas prácticas clínicas. Todo tratamiento conlleva un riesgo que debe ser el mínimo posible y proporcionado respecto al bien que se espera de él.

2. Fuentes de conflicto ético

Tomando estos cuatro principios como punto de partida señalaremos a continuación algunas fuentes de conflicto ético que se pueden presentar en la intervención temprana en la psicosis.

La mayoría de usuarios y usuarias presentan un déficit de información, que puede influir en su posible consentimiento informado respecto a las técnicas, los lugares o las personas adecuadas para su tratamiento:

¿Quién decide realmente sobre un tratamiento? ¿Quién decide cómo, dónde y cuándo se realiza? ¿Cuál es la posibilidad de autonomía y la competencia del paciente respecto a esta decisión?

Respecto al posible tratamiento:

¿Quién decide realmente sobre un tratamiento? ¿Quién decide cómo, dónde y cuándo se realiza? ¿Cuál es la posibilidad de autonomía y la competencia del paciente respecto a esta decisión?

Respecto al posible tratamiento:

¿Cuál es la forma más eficiente de tratar a un paciente? ¿Qué técnicas

son las más adecuadas? ¿Cuál es el nivel asistencial idóneo para practicar - las? ¿A quién beneficia el posible tratamiento?

¿Cuáles son las consecuencias de no tratarlo? ¿Se pueden asumir?

En la actualidad resulta ineludible la introducción de prácticas basadas en la evidencia y en la eficiencia. Se ha avanzado en el consenso profesional sobre los métodos adecuados para establecer sistemas de medición válidos para establecer las correspondientes pruebas (evidencias científicas). Sin embargo es necesario un mayor consenso social sobre la relación riesgo/beneficio y coste/beneficio de los tratamientos en salud mental.

Siempre que sea posible, y en la máxima medida en que sea posible, es preceptivo introducir el punto de vista de las personas beneficiarias. Esto debe ser tanto más necesario cuanto menos evidencia científicamente probada haya de una técnica de intervención determinada.

Una forma de hacer esto consiste en abrir paso a la negociación en los tratamientos: negociación de objetivos, acuerdo sobre criterios de evaluación y chequeos sobre el curso del tratamiento.

El principio de beneficencia debe regir, por defecto, en el caso de que la consecuencia más probable del no tratamiento sea el abandono con riesgo para la seguridad e integridad del paciente o de su entorno.

Los importantes costes en todos los niveles (personal, social, económico, etc.) que supone no intervenir precozmente o prevenir la aparición de este importante problema de salud mental, ha llevado a plantear la necesidad de desarrollar programas y de destinar recursos para que puedan llevarse a cabo. Principio de Beneficencia.

En relación a la importancia de la detección temprana de la psicosis, Birchwood, et al. (1998) describen la existencia de un periodo crítico en estos primeros momentos, caracterizado por:

1. Posible deterioro funcional, no lineal. En el periodo crítico previo a la aparición de la psicosis, si bien en la mayoría de casos se constata un deterioro en el funcionamiento de la persona, éste no tiene por qué aparecer siempre. Además, cuando aparece dicho deterioro, éste no suele ser lineal, lo que podría dificultar su detección.
2. Presencia de variables moduladoras de adaptación a la psicosis. Deben tenerse en cuenta diferentes variables que van a facilitar un mejor o peor ajuste a la enfermedad.



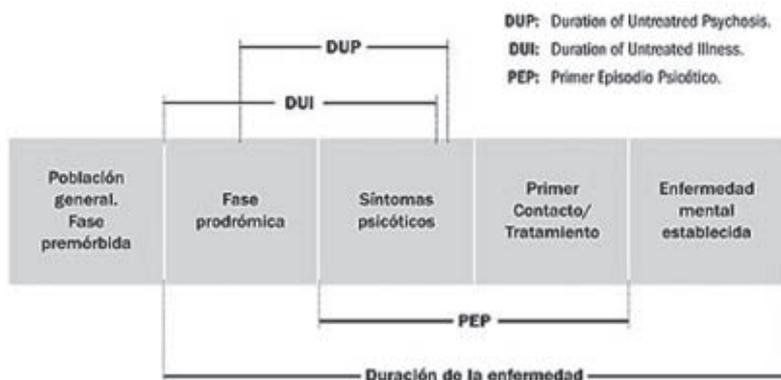
3. Deterioro social, independiente del deterioro clínico. Se ha constatado que el deterioro social propio de estos primeros momentos suele avanzar o potenciarse de una manera independiente al deterioro clínico. En este sentido, la evidencia empírica ha demostrado que la incapacidad social surge entre los dos y los cuatro años antes de la primera atención psiquiátrica y se manifiesta a través de abandono escolar, disminución de las relaciones con iguales, deterioro de las relaciones familiares, pérdida de oportunidades laborales, aparición de consumo de tóxicos, conductas delictivas, etc. El hecho de que no se apoye a la persona de una forma rápida favorece que se vaya produciendo un mayor deterioro social.

ESTADIOS DE LA PSICOSIS PRECOZ

La aparición de un PEP puede ser brusca o insidiosa, pero la mayoría de pacientes presentan algún tipo de fase prodrómica que se manifiesta por un desarrollo lento y gradual de diversos signos y síntomas, tras los cuales puede aparecer un síntoma afectivo o no afectivo, característico de la fase activa, que permite realizar el diagnóstico propiamente dicho. Este período prodrómico puede durar entre varios días y unas semanas, en ocasiones puede persistir varios meses. Las características de este período suelen repetirse si se da una nueva recidiva.

La secuencia psicopatológica que conduce desde la normalidad a la psicosis establecida ha sido estudiada con abundante bibliografía. De forma convencional se han establecido unos períodos que van desde la fase inicial de normalidad, en la que pueden existir componentes premórbidos, continúa con la fase de pródromos inespecíficos para concluir con las primeras manifestaciones psicóticas (Fig. 1).

Fig 1. Curso evolutivo de la psicosis.



Cada fase ha recibido un nombre que la identifica y que aun siendo una clasificación artificial permite un cierto consenso (Tabla II)

Tabla II. Definiciones de las fases tempranas de la psicosis.

<p>Duration of Untreated Illness (DUI). Período que abarca desde el inicio de los síntomas psicóticos con la aparición de las primeras manifestaciones en forma de síntomas, signos prodrómicos hasta el inicio del tratamiento.</p> <p>Duration of Untreated Psychosis (DUP) Período que abarca el inicio de los síntomas psicóticos con el establecimiento del primer contacto terapéutico e inicio del tratamiento.</p> <p>PEP Presentación por primera vez en un paciente de síntomas que por ellos mismos cumplen criterios para considerar un diagnóstico de psicosis</p>
--

Tabla III. Incidencia de Primeros Episodios Psicóticos

<p>Esquizofrenia. Trastorno esquizoafectivo. Trastorno esquizotípico. Trastornos psicóticos agudos y transitorios. Trastorno bipolar. Trastorno delirante. Psicosis inducidas por drogas. Trastornos psicóticos orgánicos.</p>
--

En estas primeras fases existe también una notable confusión diagnóstica dada la ubicuidad diagnóstica del PEP en la psicopatología (Tabla III). Con frecuencia sólo el tiempo evolutivo permitirá un acertado diagnóstico diferencial, que por otro lado, puede resultar fundamental para definir un proyecto terapéutico y establecer un pronóstico.

ESTADIO 1: RIESGO ULTRAELEVADO O FASE DE ESTADO MENTAL DE ALTO RIESGO

En los trastornos psicóticos existe un estadio prepsicótico precoz, en el que se produce la mayoría de los daños psicosociales colaterales (Yung y McGorry, 1996). Este estadio más precoz podría denominarse “*prodrómico*”, es decir, el precursor del estadio psicótico, si lo abordamos retrospectivamente. El problema para detectar este tipo de estadio prospectivamente reside,



en definir el umbral de la intervención más precoz y de la “necesidad de atención”, que representa el límite entre la experiencia humana normal y la patológica, por una parte, y por otra parte, se deben definir los factores clínicos y de predicción que identifiquen un subgrupo con riesgo inminente de trastorno psicótico.

Por ello, solamente podemos aplicar con certeza el término “*prodrómico*” si realmente se establece el estadio psicótico definido, por lo que se han desarrollado términos como fase de estado mental de alto riesgo (Guía de Práctica Clínica sobre la esquizofrenia y el trastorno psicótico incipiente), estadio de “*riesgo ultraelevado*” (McGorry, Yung, & Phillips, 2003) o de “*riesgo clínico elevado*” (Cornblatt, Lencz, & Obuchowski, 2002), para indicar que la psicosis no es inevitable y que también se producen casos falsos positivos. Este estadio sintomático, si bien prepsicótico, constituye el punto más precoz en el que actualmente se conciben las intervenciones preventivas de la psicosis (Mrazek y Haggerty, 1994).

Estos programas se fundamentan en la identificación de personas de alto riesgo o jóvenes con una clínica significativa, ante la aparición de los primeros pródromos, por ejemplo disminución de la capacidad de concentración y atención, falta de energía y motivación, ansiedad e irritabilidad, estado de ánimo depresivo, trastornos de sueño, retraimiento social, desconfianza, deterioro en las actividades formativas o laborales, consumo de tóxicos, etc.

El campo “*prodrómico*” o de riesgo ultraelevado se mantiene en un estado de indeterminación clínica, ya que todavía no se sabe qué tratamientos serán los más útiles y aceptables para los pacientes y, lo más importante, en qué secuencia o combinación.

Según Yung et al., (2003), estos criterios predicen un grupo de “*riesgo ultraelevado*” de transición precoz a la psicosis dando lugar a un riesgo relativo del 40%, en comparación con la tasa de incidencia de trastornos psicóticos en la población general (Cannon et al., 2008). Pero es significativa la tasa de falsos positivos del 60 al 80%. No obstante, actualmente está demostrado que la mayoría de los casos de PEP han sido pasados por alto en la etapa prodrómica.

El tratamiento de personas jóvenes en una supuesta fase prodrómica provoca una serie de dilemas éticos, ante la posibilidad de estar exponiendo a los pacientes a tratamientos innecesarios y potencialmente nocivos. Por un lado, porque las personas que no han presentado nunca un brote, tienen la “*probabilidad*” de tenerlo en un futuro pero no tienen ningún trastorno pro-

piamente dicho en esos momentos, por lo que, generalmente la persona en riesgo no acude a los dispositivos de salud de manera voluntaria o no ser que presente altos niveles de estrés. Por otro lado, este filtro puede dar lugar a un elevado número de falsos positivos, con el riesgo de implementar un tratamiento a personas que nunca desarrollarán una psicosis, con los problemas éticos que esto plantea.

Bentall y Morrison (2002), desaconsejan el tratamiento farmacológico como de primera elección en esta fase, debido a los efectos secundarios asociados a los antipsicóticos, recomiendan ser muy conservadores en la prescripción de medicación antipsicótica resaltando la necesidad de implementar tratamientos preventivos basados en una TCC centrada en los síntomas prepsicóticos presentes

Las evidencias señalan que los antipsicóticos y los agentes antidepresivos (Cornblatt et al., 2007) y neuroprotectores como los ácidos grasos $\omega 3$ y el litio constituyen terapias legitimizadas que deben seguir siendo investigadas, pero su uso en la investigación debe estar protocolizado en diseños rigurosos de estudio.

Actualmente, debemos regirnos por las directrices clínicas prácticas internacionales sobre la psicosis precoz (International Early Psychosis Association Writing Group, 2005), que defienden un enfoque conservador en el uso de medicaciones antipsicóticas y por el uso más amplio de intervenciones psicosociales. Hay evidencias de que las tasas de transición precoz al PEP han estado disminuyendo en los principales centros de atención de la fase prodrómica (Yung et al., 2007), verificándose en estos servicios una tasa muy superior de los denominados “*falsos positivos*”. Hay evidencias científicas de que los pacientes que solicitan ayuda, definidos por los criterios de riesgo ultraelevado de PEP, tienen el peligro de desarrollar no sólo esquizofrenia o psicosis, sino también otros trastornos mentales (Killackey y Yung, 2007). Todo ello genera unas consideraciones éticas que se han de ponderar en cada caso.

Se han desarrollado programas para facilitar la detección precoz de este conjunto de factores de vulnerabilidad, por ejemplo, el Programa “*Personal Assessment and Crisis Evaluation*” (PACE) (Phillips, 2002), propone unos criterios que serían indicativos de una posible población de riesgo o vulnerable a padecer un primer brote psicótico. Se estima que entre el 30% y el 40% de las personas con ese estado mental de riesgo desarrollarán un trastorno psicótico al cabo de 6 meses y hasta el 50% al cabo de un año. Entre los factores de vulnerabilidad para el desarrollo de un primer brote psicótico, se

incluyen: tener entre 14 y 30 años, presencia de historia familiar de trastorno psicótico, reducción en la Escala de Funcionamiento Global (GAF) mayor o igual a 30 puntos y finalmente presencia de síntomas psicóticos a tenuados, pero con una frecuencia repetida a lo largo de la semana y durante varias semanas, o algún síntoma psicótico breve, limitado o intermitente durante menos de una semana y resuelto de una manera espontánea.

ESTADIO 2: DETECCIÓN Y TRATAMIENTO PRECOZ DEL PEP

El segundo estadio comprende las intervenciones que pueden realizarse cuando ya ha aparecido el PEP. En este estadio se pueden diferenciar dos momentos: el período previo a la detección de la psicosis y el período posterior a la detección. Las evidencias señalan que la fase en la que la psicosis no es detectada o no tratada puede prolongarse (DUP) (McGlashan, 1999). Lamentablemente, incluso cuando se detecta la psicosis, todavía puede retrasarse el inicio de un tratamiento eficaz.

Después de la detección, los objetivos de la intervención son la implicación del paciente y de su familia, iniciando los tratamientos farmacológicos y psicosociales, con la principal finalidad de reducir el período de psicosis no tratada. Durante las primeras semanas y meses de tratamiento se suministran intervenciones intensivas destinadas a una recuperación sintomática y funcional máxima y a la prevención de las recaídas.

La importancia de este tipo de intervenciones, se fundamenta en el hecho de que hace unos años se constató empíricamente, a través de diferentes estudios, que los pacientes que no habían recibido un tratamiento rápido o una intervención temprana, y en los que el inicio de éste se había demorado unos años desde que la persona había comenzado a presentar los primeros síntomas psicóticos, tenían una respuesta al tratamiento peor que aquellos que pudieron iniciar su tratamiento tempranamente. Estos estudios constataron que el desarrollo de programas de intervención temprana en estos pacientes presenta una serie de importantes ventajas, puesto que, claramente, supone una disminución del coste social, económico y personal asociado.

El debate y las consideraciones éticas respecto a la importancia de la psicosis no tratada y el retraso del tratamiento en el PEP, ha quedado bastante esclarecido con los estudios que han demostrado que una psicosis no tratada más prolongada, es tanto un marcador como un factor de riesgo independiente de una mala evolución (Marshall et al., 2005; Perkins, Gu, Boteva, & Lieberman, 2005).

Asimismo, el estudio Early Treatment and Identification of Psychosis (TIPS) de Escandinavia ha evidenciado que la reducción de la psicosis no tratada disminuye el riesgo de suicidio y de la gravedad clínica al iniciar el tratamiento, además de producir beneficios a medio y largo plazo en cuanto a síntomas negativos y funcionamiento social (Johannessen et al., 2005; Melle et al., 2004). Según Bottlender (2006) y Harris et al., (2005), la relación entre psicosis no tratada y evolución es fiable, manteniéndose durante muchos años de seguimiento.

Las International Clinical Practice Guidelines for Early Psychosis, publicadas en 2005, resumen la amplia bibliografía que ponen en evidencia los beneficios de una atención integral del PEP. En ellas dan preferencia al uso de antipsicóticos atípicos como tratamiento de primera elección, debido a la mayor tolerabilidad y al menor riesgo de discinesia tardía.

Por otra parte, el estudio multicéntrico European First Episode Schizophrenia Trial (EUFEST) ha demostrado que, en el tratamiento del primer episodio de trastornos equizofreniformes y esquizofrénicos, los antipsicóticos atípicos o de segunda generación poseen unas ventajas indiscutibles (Kahn et al., 2008).

En la actualidad queda por esclarecer el lugar que ocupan los nuevos inyectables y la clozapina, así como el de los agentes neuroprotectores adyuvantes como los ácidos grasos ω 3, el litio y la N-acetilcisteína, en la intervención en este estadio.

Las evidencias señalan resultados positivos de los tratamientos psicosociales en la psicosis precoz, demostrando la eficacia de las terapias cognitivas en cuanto al aumento y la aceleración de la recuperación sintomática y funcional (Jackson et al., 2008; Lewis et al., 2002). Se ha observado que las medicaciones ayudan a la recuperación sintomática, pero, por sí solas no contribuyen a la recuperación funcional. Además, se ha demostrado que es ineludible potenciar la recuperación social (Killackey y Yung, 2007), fundamentalmente, los aspectos de formación y trabajo (Killackey, Jackson, & McGorry, 2008; Farkas, 2007). Por todo ello, es necesaria la combinación de intervenciones psicosociales eficaces y una medicación bien controlada.

Está demostrado que el comienzo de la psicosis se asocia a un abandono prematuro de los estudios en la mayoría de los casos, así como, un declive en el status laboral y económico de la persona. Existen varios programas terapéuticos con estudios científicos que los avalan. Entre ellos, destacan los siguientes: el Proyecto Buckingham (Fallon, 1992), la Clínica para la Valoración Personal y

Evaluación —Proyecto PACE— (Phillips, 2002), la Clínica para la Prevención por Educación, Identificación y Manejo de Riesgo —Proyecto PRIME—, el Programa de Reconocimiento y Prevención de Hillside —Proyecto RAP— (Cornblatt, 2002), el Estudio de Evaluación de la Detección e Intervención Temprana —Estudio EDIE— (Morrison et al., 2002), el Centro de Reconocimiento y de Intervención Temprana —Programa FETZ— (Bechdolf et al., 2005), entre otros.

En España hay un referente claro en este campo, el Programa de Detección e Intervención Temprana en Psicosis de Torrelavega, liderado por Serafín Lemos y Oscar Vallina (Vallina et al., 2003).

Destacan otros dos programas específicamente desarrollados para las intervenciones, una vez identificados los casos, en el momento de aparición de la psicosis: la terapia de orientación cognitiva para la psicosis temprana —COPE— (Henry et al., 2005) y el tratamiento sistemático de la psicosis persistente —STOPP— (HermannDoig, Maude, & Edwards, 2003)

ESTADIO 3: PERÍODO CRÍTICO DE LOS 5 PRIMEROS AÑOS TRAS EL DIAGNÓSTICO

El tercer estadio comprende los primeros años después del primer episodio y puede considerarse como un período crítico (Birchwood y Fiorillo, 2000); se sabe que los primeros 25 años posteriores al diagnóstico son cruciales para predecir la evolución a largo plazo y la posibilidad de recuperación, donde es más probable que aparezcan problemas asociados como depresión, pérdida de empleo, disminución del apoyo social, conflictos familiares, abuso de sustancias o baja autoestima, lo que puede dar lugar a su vez a una muerte precoz, al aumentar seriamente el riesgo de suicidio.

El objetivo del tratamiento en este estadio es el manejo de medicación eficaz y el uso de intervenciones psicosociales eficientes para minimizar el desarrollo de discapacidades y maximizar el funcionamiento.

Se trata del período de mayor riesgo de recaídas y suicidio, que coincide con los mayores problemas evolutivos de la adolescencia tardía, para crear una individuación, una preparación laboral y relaciones íntimas.

En este estadio de la enfermedad, es necesario consolidar la adherencia terapéutica para asegurar la continuidad de la atención y el cumplimiento terapéutico, recuperación laboral y apoyo familiar. También hay evidencias de que, si estos programas sólo se ofrecen durante 12 años, se pierden algunos beneficios, por lo que se recomienda que la intervención en psicosis pre-

coz debe suministrarse durante un período más prolongado, probablemente hasta 5 años en muchos casos (Harris *et al.*, 2005; Nordentoft *et al.*, 2002; Bertelsen *et al.*, 2007).

Las evidencias científicas indican que una atención continuada da mejores resultados a corto y medio plazo, en comparación con la atención genérica (Petersen *et al.*, 2005; Thorup *et al.*, 2005). Estas evidencias, combinadas con la validez aparente y las necesidades evidentemente poco cubiertas, han sido suficientes para convencer a los responsables de las políticas de salud mental y a los profesionales de los servicios en cientos de lugares en todo el mundo sobre la necesidad de adoptar, adaptar e implantar este modelo.

CONCLUSIONES

Según señala Lancet Series on Global Mental Health (Horton, 2007), la mayoría de los problemas para que se implemente la intervención precoz de una forma generalizada, son similares a los que impiden el progreso en salud mental en general. Los principales obstáculos son los estigmas, el pesimismo, la vergüenza y el silencio de quienes padecen una enfermedad mental y de sus familiares y por ende la falta de inversiones.

En la reducción de la psicosis no tratada, los dos componentes clave de la intervención son la conciencia de la comunidad y los servicios móviles de detección, como demuestran los datos del estudio TIPS (Joa *et al.*, 2008) y de otros estudios (Malla, Norman, Scholten, Manchanda, & McLean, 2005). Cuando entran en acción ambos componentes, es posible alcanzar valores muy bajos de psicosis no tratada (una media de sólo unas semanas). Estas estrategias también pueden desembocar en un modo menos traumático de acceder a la atención, permitiendo a los pacientes involucrarse en su recuperación sin que surjan síntomas positivos o que la conducta perturbada exija el ingreso forzoso en sistemas de servicio basados en la internación.

Estas estrategias deberían estar disponibles en todas las comunidades desarrolladas y ser una característica estándar de todos los sistemas de atención de la salud mental.

Un aspecto clave que se está empezando a reconocer es que los trastornos mentales son las enfermedades crónicas de la juventud (Insel y Fenton, 2005). La mayor parte de los trastornos mentales de la vida adulta (los trastornos psicóticos, del estado de ánimo, de ansiedad, de abuso de sustancias y de la personalidad) se instaura y presenta el mayor impacto a finales de la adolescencia y principios de la edad adulta.

Esto se está produciendo en Australia (Headspace; McGorry, Purcell, Hickie, & Jorm, 2007) e Irlanda (Headstrong), y atrae cada vez más la atención de otra serie de países, dentro de las líneas del proceso innovador antes descrito.

Un mayor énfasis en la intervención precoz resolvería muchos de los aspectos de segundo orden planteados por el proceso de reforma de la psicosis precoz, como la incertidumbre diagnóstica a pesar de la clara necesidad de atención, los estigmas y la implicación del paciente y la familia. Asimismo, debería ponerse mayor énfasis en la movilización del apoyo comunitario.

Como demuestran las evidencias, aunque también debido al aumento del diagnóstico precoz, poco a poco, va desapareciendo el escepticismo inicial. Las intervenciones actuales para la psicosis son eficaces es perverso sostener que es aceptable retrasar el tratamiento

Tendríamos que hacer una profunda reflexión ética con argumentos basados en las evidencias científicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2008). *Consenso sobre Atención Temprana a la Psicosis de la AEN. Cuadernos técnicos, 10*. Madrid: Autor.
- Bechdolf, A., Veith, V., Schwarzer, D., Schormann, M., Stamm, E., Janssen, B., & Klosterkötter, J. (2005). Cognitivebehavioral, a therapy in the prepsychotic phase: An exploratory study. *Psychiatry Research, 136*, 251-255.
- Bentall, R. P. & Morrison, A. P. (2002). More harm than good: The case against using antipsychotic drugs to prevent severe mental illness. *Journal of Mental Health, 11*, 351-356.
- Bertelsen, M., Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Ohlenschläger, J., le Quach, P., & Nordentoft, M. (2007). Suicidal behaviour and mortality in firstepisode psychosis: the OPUS trial. *British Journal of Psychiatry, 191*, s140-6.
- Birchwood, M. & Fiorillo, A. (2000). The critical period for early intervention. *Psychiatric Rehabilitation Skills, 4*, 182-98.
- Birchwood, M., Todd, P., & Jackson, C. (1998). Early intervention in Psychosis: The critical-period hypothesis. *International Clinical Psychopharmacology, 13*, 31-40.
- Bottlender, R. (2006). Against: "Every person with schizophrenia should be treated as early as possible". *Psychiatrische Praxis, 33*, 106-7.
- Cannon, T. D., Cadenhead, K., Cornblatt, B., Woods, S. W., Addington, J., Walker, E., & Heinssen, R. (2008). Prediction of psychosis in youth at high clinical risk: a multisite longitudinal study in North America. *Archives of General Psychiatry, 65*, 28-37.
- Cornblatt, B. A. (2002). The New York high risk project to the Hillside recognition and prevention (RAP) program. *American Journal of Medical Genetics, 114*, 956-966.
- Cornblatt, B., Lencz, T., & Obuchowski, M. (2002). The schizophrenia prodrome: treatment and high-risk perspectives. *Schizophrenia Research, 54*, 177-86.
- Cornblatt, B. A., Lencz, T., Smith, C. W., Olsen, R., Auther, A. M., Nakayama, E., & Correll, C. U. (2007). Can antidepressants be used to treat the schizophrenia prodrome? Results of a prospective, naturalistic treatment study of adolescents. *Journal of Clinical Psychiatry, 68*, 546-57.
- Craig, T. K., Garety, P., Power, P., Rahaman, N., Colbert, S., Fornells-Ambrojo, M., Dunn, G. (2004). The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of specialised care for early psychosis. *BMJ, 329*, 1067.
- Falloon, I. R. H. (1992). Early intervention for first episodes of schizophrenia: A preliminary exploration. *Psychiatry, 55*, 4-14.
- Farkas, M. (2007). The vision of recovery today: what it is and what it means for services. *World Psychiatry, 6*, 68-74.
- Harris, M. G., Henry, L. P., Harrigan, S. M., Purcell, R., Schwartz, O. S., Farrelly, S.E., &

McGorry, P. D. (2005). The relationship between duration of untreated psychosis and outcome: an eight-year prospective study. *Schizophrenia Research*, 79, 85-93.

Headspace. *Headspace: Australia's National Youth Mental Health Foundation*. Recuperado de www.headspace.org.au.

Headstrong. *Headstrong: The National Centre for Youth Mental Health*. Recuperado de www.headstrong.ie.

Henry, L. P., McGorry, P. D., Edwards, J., Hulbert, C. A., Henry, L., Harrigan, S., & Power, P. (2005). A controlled trial of cognitively oriented psychotherapy for early psychosis (COPE) with four -year follow-up readmission. *Psychological Medicine*, 35, 1295-1306.

Herrmann-Doig, T., Maude, D., & Edwards, J. (2003). *Systematic Treatment of Persistent Psychosis (STOPP): A Psychological Approach to Facilitating Recovery in Young People with First Episode Psychosis*. Londres: Martin Dunitz.

Horton, R. (2007). Launching a new movement for mental health. *Lancet*, 370, 806.

Insel, T. R. & Fenton, W. S. (2005). Psychiatric epidemiology: it's not just about counting anymore. *Archives of General Psychiatry*, 62, 590-592

International Early Psychosis Association Writing Group. (2005). International clinical practice guidelines for early psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 187, s120-124.

Jackson, H. J., McGorry, P. D., Killackey, E., Bendall, S., Allott, K., Dudgeon, P., & Harrigan, S. (2008). The ACE project: a randomised controlled trial of CBT versus befriending for first episode psychosis: acute phase and one-year follow-up results. *Psychological Medicine*, 38, 725-735.

Jeppesen, P., Petersen, L., Thorup, A., Abel, A. B., Oehlenschlaeger, J., Christensen, T. O., & Nordentoft, M. (2005). Integrated treatment of first-episode psychosis: effect of treatment on family burden: OPUS trial. *British Journal of Psychiatry*, 187, s85-90.

Joa, I., Johannessen, J. O., Auestad, B., Friis, S., McGlashan, T., Melle, I., & Larsen, T. K. (2008). The key to reducing duration of untreated first psychosis: information campaigns. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 466-472.

Johannessen, J. O., Larsen, T. K., Joa, I., Melle, I., Friis, S., Opjordsmoen, S., & McGlashan, T. H. (2005). Pathways to care for first-episode psychosis in an early detection healthcare sector: part of the Scandinavian TIPS study. *British Journal of Psychiatry*, 187, s24-28.

Kahn, R. S., Fleischhacker, W. W., Boter, H., Davidson, M., Vergouwe, Y., Keet, I. P., & Grobbee, D. E. (2008). Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomised clinical trial. *Lancet*, 371, 1085-1097.

Killackey, E. & Yung, A. R. (2007). Effectiveness of early intervention in psychosis. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 121-125.

- Killackey, E., Jackson, H. J., & McGorry, P. D. (2008). Vocational intervention in first-episode psychosis: a randomised controlled trial of individual placement and support versus treatment as usual. *British Journal of Psychiatry, 193*, 114-120.
- Larsen, T. K., Melle, I., Auestad, B., Friis, S., Haahr, U., Johannessen, J. O., & MacGlashan, T. (2006). Early detection of first-episode psychosis: the effect on 1 year outcome. *Schizophrenia Bulletin, 32*, 758-764.
- Lewis, S. W., Tarrier, N., Haddock, G., Bentall, R., Kinderman, P., Kingdon, D., & Dunn, G. (2002). A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy in early schizophrenia: acute phase outcomes. *British Journal of Psychiatry, 181*, s91-97.
- Malla, A., Norman, R., Scholten, D., Manchanda, R. & McLean, T. (2005). A community intervention for early identification of first episode psychosis: impact on duration of untreated psychosis (DUP) and patient characteristics. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 40*, 337-344.
- Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., Drake, R., Jones, P., & Croudace, T. (2005). Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Archives of General Psychiatry, 62*, 975-983.
- McGlashan, T. H. (1999). Duration of untreated psychosis in first-episode schizophrenia: marker or determinant of course? *Biological Psychiatry, 46*, 899-907.
- McGorry, P. D. (2007). Issues for DSM-V: clinical staging: a heuristic pathway to valid nosology and safer, more effective treatment in psychiatry. *American Journal of Psychiatry, 154*, 859-860.
- McGorry, P. D., Hickie, I. B., & Yung, A. R. (2006). Clinical staging of psychiatric disorders: a heuristic framework for choosing earlier, safer and more effective interventions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*, 616-622.
- McGorry, P. D., Yung, A. R., & Phillips, L. J. (2003). The "close-in" or ultra high-risk model: a safe and effective strategy for research and clinical intervention in pre-psychotic mental disorder. *Schizophrenia Bulletin, 29*, 771.
- McGorry, P. D., Edwards, J., & Mihalopoulos, C. (1996). EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. *Schizophrenia Bulletin, 22*, 305-326.
- McGorry, P. D., Purcell, R., Hickie, I. B., Jorm, A. F. (2007). Investing in youth mental health is a best buy. *Medical Journal of Australia, 187*, S5-7.
- McGorry, P. D., Killackey, E., Yung, A. (2008). Intervención precoz en la psicosis: conceptos, evidencias y direcciones futuras. *World Psychiatry (Ed Esp) 6*, 3.
- Melle, I., Johannessen, J. O., Friis, S., Haahr, U., Joa, I., Larsen, T. K., & McGlashan, T. (2006). Early detection of the first episode of schizophrenia and suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry, 163*, 800-804.
- Melle, I., Larsen, T. K., Haahr, U., Friis, S., Johannessen, J. O., Opjordsmoen, S., & McGlashan, T. (2004). Reducing the duration of untreated first-episode psychosis: effects on clinical presentation. *Archives of General Psychiatry, 61*, 143-150.
- Mihalopoulos, C., Harris, M., Henry, L., Harrigan, S. M., Farrelly, S. F., Schwartz, O. S.,

- & McGorry, P. D. (2007). Are the short-term cost savings and benefits of an early psychosis program maintained at a 8-year follow-up? *Schizophrenia Bulletin*, *33*, 487.
- Mihalopoulos, C., McGorry, P. D., & Carter, R. C. (1999). Is phase-specific, community-oriented treatment of early psychosis an economically viable method of improving outcome? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *100*, 47-55.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Recuperado de <http://www.infocoponline.es/pdf/161109estrategia.pdf>
- Morrison, A. P., Bentall, R. P., French, P., Walford, L., Kilcommons, A., Knight, A., & Lewis, S. W. (2002). Randomised controlled trial of early detection and cognitive therapy for preventing transition to psychosis in high-risk individuals. *British Journal of Psychiatry*, *181*, 78-84.
- Mrazek, P. J. & Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risks for mental disorders: frontiers for preventive intervention research*. Washington: National Academy.
- National Institute of Clinical Excellence. (2003). *Schizophrenia: full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care*. London: Gaskell and the British Psychological Society.
- Nordentoft, M., Jeppesen, P., Abel, M., Kassow, P., Petersen, L., Thorup, A., & Jorgensen, P. (2002). OPUS study: suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis. One year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *187*, s98-106.
- Perkins, D. O., Gu, H., Boteva, K., & Lieberman, J. A. (2005). Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and metaanalysis. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 1785-1804.
- Petersen, L., Nordentoft, M., Jeppesen, P., Ohlenschlaeger, J., Thorup, A., Christensen, T. O., & Jorgensen, P. (2005). Improving 1-year outcome in first-episode psychosis: OPUS trial. *British Journal of Psychiatry*, *187*, s98-103.
- Phillips, L. (2002). The PACE clinic: identification and management of young people at "Ultra" high risk of psychosis. *Journal of Psychiatric Practice*, *8*, 255-269.
- Rosenbaum, B., Valbak, K., Harder, S., Knudsen, P., Koster, A., Lajer, M., & Andreasen, A. H. (2006). Treatment of patients with first-episode psychosis: two-year outcome data from the Danish National Schizophrenia Project. *World Psychiatry*, *5*, 100-103.
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for the Treatment of Schizophrenia and Related Disorders. (2005). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *39*, 1-30.
- Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Ohlenschlaeger, J., Christensen, T., Krarup, G., & Nordentoft, M. (2005). Integrated treatment ameliorates negative symptoms in

- first episode psychosis – results from the Danish OPUS trial. *Schizophrenia Research*, 79, 95-105.
- Vallina, O., Alonso, M., Gutiérrez, A., Ortega, J. A., García, A., Fernández, P., & Lemos, S. (2003). Aplicación de un programa de intervención temprana en psicosis. Un nuevo desarrollo para las unidades de salud mental. *Avances en Salud Mental Relacional*, 2.
- Vos, T. & Begg, S. (2003), *Victorian Burden of Disease Study: morbidity*. Melbourne: Public Health Division, Department of Human Services.
- World Health Organization & International Early Psychosis Association. (2005). *Early intervention and recovery for young persons with early psychosis: consensus statement*. Recuperado de <http://earlypsychosis.medicine.dal.ca/services/EPdeclarati on.pdf>
- WPA Education Committee. (2009). *Recommended roles for the psychiatrist in first episode psychosis*. Recuperado de <http://www .wpanet.org/education/pdf-ed-prog/early-psychosis.pdf>
- Yung, A. R. & McGorry, P. D. (1996). The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 353-370.
- Yung, A. R., Yuen, H. P., Berger, G., Francey, S., Hung, T. C., Nelson, B., & McGorry, P. (2007). Declining transition rate in Ultra High Risk (prodromal) services: dilution or reduction of risk? *Schizophrenia Bulletin*, 33, 673-681.
- Yung, A. R., Phillips, L. J., Yuen, H. P., Francey, S. M., McFarlane, C. A., Hallgren, M., & McGorry, P. D. (2003). Psychosis prediction: 12-month follow up of a high-risk (“prodromal”) group. *Schizophrenia Research*, 60, 21-32.



8. LA INFANCIA CON PLURIDISCAPACIDAD COMO FUENTE DE RESPETO PARA EL PERSONAL SANITARIO

*Fernando Calvo Rigual
Beatriz Beseler Soto
Gema Pedrón Marzal*

INTRODUCCIÓN

Se desarrolla en este trabajo la tesis de que el niño o la niña con pluridiscapacidad sufre una falta de reconocimiento porque la sociedad mantiene con ellos una relación cosificada. Hablamos de “*sociedad*” para referirnos a todas las personas que interaccionan de manera frecuente (por ejemplo, el personal sanitario o educativo) o casual (la ciudadanía) con el binomio madre/padre niño/niña, en los cuales se dan unos prejuicios que facilitan esta cosificación.

Las referencias a la madre incluyen ambos progenitores, aunque reconociendo el papel preferente que habitualmente se asigna a la madre en los cuidados.

Nos referimos a pluridiscapacidad como aquella discapacidad grave de expresión múltiple, con deficiencia motriz y retraso mental severo, con restricción extrema de las posibilidades de percepción, expresión y relación.

Un ejemplo de pluridiscapacidad grave ocurre en menores con Parálisis Cerebral Infantil severa, en quienes estas anomalías, acompañadas de trastornos del movimiento y de la postura, son debidas a una lesión en un cerebro inmaduro. Son personas dependientes de los cuidados maternos y de personal especializado, y son fácilmente identificables por la sociedad.

Existen diversos grados de pluridiscapacidad, con distinta limitación de la capacidad comunicativa (y distinta valoración del grado de “*humanidad*”); así Nussbaum, en su estudio sobre la aplicación de la teoría de las capacidades a menores pluridiscapacitados separa tipos de vida no humanos (estados vegetativos y anencefalia) de tipos de vida humanos (pluridiscapacidades con cierta capacidad de comunicación) (Nussbaum, 2007).

Algunos aspectos de la presente discusión son aplicables también a estados vegetativos en los que el interlocutor (pero no la madre) es incapaz de mantener ninguna comunicación con la criatura.

Otro concepto diferente es el de “*minusvalía*”, desventaja competitiva resultante de una discapacidad; a diferencia de ésta, que es evitable en parte, la minusvalía es evitable si aplicamos los conceptos de equidad en los diseños de planificación de recursos, programas, etc.

Asumimos que estos casos con una discapacidad grave lo son por efecto de una enfermedad, y no secundarios a una construcción social como propone Barnes (2009b). Por tanto, asumimos que este niño o niña va a tener unos problemas que no tienen menores sin discapacidad, y una repercusión importante en sus madres y en la sociedad.

Además, la discapacidad grave suele ser un trastorno inesperado que precisa una adaptación. En otras ocasiones la aceptación del problema es paulatina porque su aparición también lo es.

En menores con discapacidad grave aparecen tres problemas: problemas de identidad, problemas de estigmatización, y problemas de falta de reconocimiento.

La identidad es el resultado de un proceso de interacción madre menor durante los primeros meses de vida, que se va adquiriendo por medio de un reconocimiento recíproco. En esta interacción hay influencia mutua, incentivación recíproca y aspectos comunicativos complejos; interviene en ella tanto componentes cognitivos como emocionales (Brazelton & Cramer, 1993; Honneth, 1997). La existencia de un horizonte de valores ha sido resaltada por Taylor (1994), junto con una relación dialógica de reconocimiento.

Nuestra cultura tiene una base enraizada en la Ilustración y caracterizada por la defensa de la autonomía de la persona, la cual logra dicha autonomía gracias a su inserción en un sistema socioeconómico que prima el desarrollo personal en el trabajo. Esta autonomía está impresa en una narrativa lineal.

La construcción de la identidad en menores pluridiscapacitados no se hace de la misma manera que en sanos; no se desarrolla según el modelo de autonomía, sino que la madre ha de modelar una identidad más basada en la dependencia; con ello la identidad del niño o niña se refleja en la madre, la cual a su vez remodela su propia identidad (más centrada en el cuidado, y con riesgo de perder autonomía). Por otra parte, estas personas tienen una identidad basada en su carácter de diferente y único, reacción a los mensajes sociales de etiquetado de lo diferente (lo que implica una separación ontológica, la de “*individuo con problemas*”) (Fisher, 2008).

La identidad supone individualidad, no pertenencia a grupo, aspecto crítico en el caso de menores con pluridiscapacidad (Nussbaum, 2007).

La construcción de esa identidad basada en la persona como única y diferente no busca la comparación con otras, sino que se centra en lo que ella tiene de único; es una relación “humana”, directa, frente al riesgo de cosificación que supone la etiqueta social de menor con discapacidad (Fisher, 2008).

La discapacidad no es una identidad, pero condiciona parcialmente la identidad de la criatura, de manera parecida, pero no igual a otras enfermedades: así, las enfermedades que se ven (p.ej. la parálisis cerebral infantil) condicionan más la identidad que las que no se ven (p.ej. la diabetes) (CoxWhite & Boxall, 2008).

El estigma, definido como reacción adversa a la percepción de una diferencia (Green, 2003), supone una marca negativa que tienen algunos sujetos y que les distingue del resto. En nuestro caso incluiría tanto a menores como a sus madres, y puede ser la base tanto de las acciones maternas como de la relación con la sociedad. La infancia estigmatizada corre el riesgo de ser rechazada en lugar de recibir ayuda por su diferencia (Baumann, 2007).

El sentimiento de extrañeza que produce el estigma dificulta la formación de la identidad de estas personas y cuestiona la de la madre, que puede llegar a sentirse en algún momento extraña a sí misma (alienada). La actitud de la madre sería entonces reactiva, y promovería el reconocimiento utilizando tanto componentes cognitivos como emocionales (Baumann, 2007): superar la barrera interpretativa de la otra persona como diferente, superar la demarcación que supone que la diferente está separada de mí.

De hecho, los niños y niñas con pluridiscapacidad grave tienen problemas para ser reconocidos. Empleo el término “*reconocimiento*” para definir la actitud intersubjetiva que permite sentirnos como personas.

De acuerdo con Honneth (2001), el reconocimiento recíproco de las personas supone la consecución de tres estadios en la relación intersubjetiva: estadio de amor, propio de los miembros de una familia, generador de autoconfianza, estadio de la legalidad, generador de autorrespeto por ser beneficiaria de unas leyes comunes, y estadio de solidaridad o valoración social, generador de una autoestima.

Así pues, lo que reconocemos es una identidad (reconocimiento individual) y no la pertenencia a un grupo (reconocimiento colectivo). La identidad parte del reconocimiento en la esfera familiar, pero puede entrar en crisis al



pasar a la esfera pública. Una interpretación alternativa, no utilizada aquí, propondría un reconocimiento basado en el status (Fraser, 2001).

Mientras que el reconocimiento es un valor buscado por las personas que integran la sociedad, los niños con pluridiscapacidad encuentran múltiples trabas para conseguir dicho reconocimiento.

El concepto de reconocimiento no está exento de críticas. Así en la misma actividad médica, y frente a los conceptos clásicos de Naturaleza y Realidad como soportes de la actividad médica, se ha propuesto un cambio de paradigma basado en otros conceptos, la Autenticidad y el Reconocimiento; de este modo la actividad médica es cuestionada con peticiones de identidad y deseo, en busca de una nivelación (González Quiros & Puerta, 2009).

¿QUÉ ACTITUDES PUEDE ADOPTAR LA MADRE DE UN NIÑO O NIÑA CON PLURIDISCAPACIDAD?

Cap. 8

Partimos de unas formas de vida normativas (unas identidades), con varios componentes:

- Promoción del individuo: ciudadanía reflexiva que crea su propia identidad.
- Definición de normalidad y anormalidad como autosuficiencia o ausencia de ella.
- Trabajo (con su componente de pago) como finalidad en la vida.
- Promoción de la independencia (y, por tanto, definición de dependencia).

Viendo estos componentes se deduce la dificultad para que pueda desarrollarse el “*diferente*” (Fisher, 2008). La infancia con pluridiscapacidad (concretamente con parálisis cerebral grave) rompe estos esquemas. Por una parte, no puede aplicársele el discurso lineal de consecución de unos fines de autonomía; antes bien, su cuidado estaría basado espontáneamente en un culto a la corporalidad, a la búsqueda del bienestar y a apreciar el valor en sí de ese cuidado (Fisher, 2008).

Por otro lado, su situación de dependencia arrastra a su vez a otra situación de dependencia a los cuidadores, habitualmente la madre: la sociedad intenta “*cuadrar*” a estas personas a partir de un esquema medicalizado

(McLaughlin, 2005): se intenta llegar a un diagnóstico, y propone medidas terapéuticas limitadas que nunca alcanzarán lo que la sociedad considera “normal”. El diagnóstico de retraso mental supone una vida de carga y restricción. La sociedad (inc luyo aquí a la ciudadanía anónima que puede tropezar ocasionalmente con esta persona, pero también al personal sanitario y educativo en contacto con ella) asume este discurso de narración lineal y la etiqueta en la categoría de “minusválida”, con lo que exige a la madre adoptar un rol parcialmente pasivo (subordinado a las decisiones médicas) y parcialmente activo (como cuidadora diaria), limitando de este modo su capacidad de autonomía.

Cuando la madre rechaza este rol y adopta actitudes diferentes, el sistema se tambalea. ¿Qué actitudes puede adoptar? Según Fisher y Goodley (2007), dos actitudes alternativas:

Una narrativa del desafío. La madre mantiene una agenda propia, gracias a una explicación alternativa de lo que le pasa a su descendiente. Al manejar la agenda tiene una falsa sensación de autonomía, pero sin cuestionar el discurso marcado por un futuro. Rechaza en cambio la dicotomía entre lo normal y lo anormal, y cuestiona las acciones que el sistema sanitario propone para su hijo o hija (ya que son actuaciones que no han de soportar el resto de las y los infantes).

La agresividad materna se puede interpretar como que la madre “no asume lo que tiene su hijo o hija”, pero una interpretación alternativa podría ser de reacción a una falta de reconocimiento en la esfera pública.

Una narrativa basada en el presente, en el rechazo de proyectos de futuro. Esta actitud se entiende mejor al observar la perplejidad que produce en la sociedad afirmaciones de madres de menores con graves discapacidades físicas y mentales, afirmaciones que desafían nuestros esquemas de pensamiento basadas en “lo normal”, el logro, y la autonomía. “Doy gracias a Dios porque me diera un hijo como él”, “el tener a mi hija y poder cuidarla es lo mejor que me ha pasado en la vida”, “mi nena tiene derecho, si lo precisa, a que se le trate en la UCI igual que cualquier otra persona”. El personal sanitario reacciona ante estas frases con comprensión o con escepticismo “esta madre todavía no es consciente de lo que le ha caído encima”.

La vida de la madre queda afectada por la necesidad de aportar unos cuidados extraordinarios a su prole. Es lo que se ha definido como afectación en la calidad de vida “loca” (Barnes, 2009b). Esta mayor necesidad de

cuidados es asumida por la madre y no se vive como ilusoria. La madre es consciente de su mayor carga (la madre habla por sí misma mientras que la sociedad es intérprete de una conducta ajena).

Frente a este tipo de comentarios, la madre vive su relación “*con normalidad*”. No hay una relación binaria (descendiente normal / descendiente anormal), genealógica, sino una producción en presente, no en pasado ni en futuro. El binomio madreprole está ahí, con todos los componentes que la forman a la vista, y esa relación se vive en el día a día. Todos los componentes de esa relación son fuentes potenciales de significado y valor.

La madre ha asumido que esta criatura tiene unas necesidades especiales, pero que refleja el amor y los cuidados que ella le da, aunque no pueda verbalizarlos. Puede vivirlo como virtud y no como reacción: virtudes como la aceptabilidad, el compromiso, o la “*formación de un futuro a gente*” son propias, desde una perspectiva neoaristotélica, de padres virtuosos (McDougall, 2007).

¿En qué se basa la defensa de la madre? Dejando clara la premisa de un reconocimiento de la individualidad de su hijo o hija, una interpretación del deseo de reconocimiento se haría mediante una mejor presentación a la sociedad: la madre observa que la tendencia social a hacer invisible a estos semejantes actúa como potenciador de esa invisibilidad. Mientras ella mantiene una relación doble: directa, de amor, y reactiva a la tendencia social a ocultar la diferencia; esta reacción materna pasa por una serie de actuaciones que buscan mejorar el capital social de su descendiente, luchando contra la posición subordinada en que la sociedad lo coloca (McKeever & Miller, 2004).

La madre encuentra que su lucha por mejorar esta presentación choca con las estructuras médicas y educativas, que lo etiquetan y colocan en una posición subordinada. La madre reacciona buscando “*intermediarios*” que mejoren el posicionamiento de su prole, amenazando a los interlocutores, o modificando su conducta y relacionándose con ella de cara a la sociedad de una manera más activa: el hijo o hija entonces ya no “*portaría significados*”, sino que sería fuente activa de éstos.

El valor simbólico de la marcha hace que los progresos en el desarrollo psicomotor sean “*exteriorizados*” mediante preferencias paternas por andadores sofisticados y estéticamente atractivos, o por acciones de presentación directamente fantásticas (véase el libro “*Quiet*”, en el que un padre consigue hacer “*correr*” a su hijo discapacitado mediante un montaje fotográfico) (Serra, 2008).

Hemos dicho que la madre no busca tanto un reconocimiento de su criatura dentro de un grupo, sino el reconocimiento de su propio hijo o hija. Dentro de un grupo valoraría el status, pero el reconocimiento individual defendería tanto su dignidad como sus intereses (Honneth, 1997).

Hemos de entender su defensa de la dignidad como defensa de igualdad de valor de cada vida, e igualdad de derechos (Palacios & Romañach, 2006).

En los conflictos sociales podemos ver dos vertientes: una vertiente utilitarista (Bourdieu) basada en el interés: la madre lucha por conseguir las máximas ventajas materiales y simbólicas (McKeever & Miller, 2004). Menores discapacitados son utilizados como punta de lanza para sus reivindicaciones; así a veces, busca destacarlos sobre los demás.

La otra vertiente es la de la lucha por el reconocimiento: la madre lucha por conseguir su reconocimiento como reacción a un sentimiento de menosprecio. En este caso busca "*la igualdad*" frente a los demás.

Frente a la discusión del reconocimiento como actitud proactiva de la madre, se puede ofrecer una visión complementaria o alternativa en la que predomine la reacción al stress. Así, se han creado varios modelos de explicación de los determinantes de la salud física y psíquica de las personas cuidadoras, centrados en el stress como factor desencadenante, y en la búsqueda de variables explicativas como son el grado de dependencia, trastornos conductuales, apoyo social formal e informal (Raina et al., 2004; Raina et al., 2005; Brehaut et al., 2004). Este modelo parte del stress como factor previo a una estabilización posterior.

El stress también puede ser un mecanismo iniciador de reacciones de reconocimiento. Así, ante una situación inesperada se da una situación de stress que puede encauzarse, a través de una narrativa, a un reconocimiento, o, mediante diversos modelos (de riesgo adaptativo, modelo integrador, o modelo de proceso), a una adaptación.

El psicoanálisis nos ayudaría a explicar una inicial desilusión por la discordancia entre menores reales y menores idealizados con inicial pérdida de la autoestima materna y posible recomposición posterior del vínculo que conlleva un reconocimiento Brazelton & Cramer, 1993).

Una vez asegurado el reconocimiento en la esfera familiar, puede toparse con la sensación de menosprecio en la esfera pública (Castillo Hermoso, 1999). El reconocimiento público, en la esfera social y en la del derecho, está sujeto a un cambio histórico y a un progreso moral (se precisan elemen-

tos de la moral postconvencional para aceptar la solidaridad que conlleva el reconocimiento social). Esto explica por qué la defensa y la salida pública de menores pluridiscapacitados es mayor ahora que en otras épocas.

ACTITUDES DE LA SOCIEDAD

Se puede pues defender que la aceptación de la pluridiscapacidad tiene un componente cognitivo: para la madre la minusvalía tiene una limitación parcial, que supone sólo una diferencia, mientras que para la sociedad la viviría como una limitación total, “*mala*” porque no permite desarrollar todas las potencialidades posibles, y así se interpreta la actitud materna como ilusión o como preferencia adaptativa. Ésta afirmaría que esta persona no percibe un estado de bienestar subóptimo porque ya se ha adaptado a dicho estado; se puede criticar esta actitud desde la lógica: nadie sabe mejor que la propia persona cómo se encuentra en su interior (Barnes, 2009a).

La narrativa de la relación madre-hijo o hija con discapacidad ha sido etiquetada de alienada: se confundiría así el presente puro con la alienación (estas madres adoptarían las nociones normativas de “*buenas madres*”, en el sentido de asumir toda la responsabilidad necesaria del cuidado de su prole, responsabilidad y cuidados extra por las discapacidades de esta, y dando en todo momento la sensación de que tienen la situación “*bajo control*”). Pero es también defendible que las afirmaciones de la madre tengan pleno sentido (“*es lo mejor que me ha podido pasar*”); las madres son plenamente conscientes de su situación (“*claro que me hago cargo de la realidad*”).

El Diccionario de la RAE define alienación como “*Proceso mediante el cual el individuo o una colectividad transforman su conciencia hasta hacerla contradictoria con lo que debía esperarse de su condición*” (Real Academia Española, 2001).

La alienación en su forma más radical supondría la cosificación (transformación de la persona en un ser parecido a una cosa).

Se podría asumir que la sociedad adopta respecto a esta pareja madre-descendiente una actitud de cosificación. Una cosificación en el sentido de separación de lo que es propio de la persona, de su naturaleza humana.

En un sentido más amplio, Honneth (2006) apunta a la actualidad del concepto de reificación (cosificación) en base a observaciones recientes, y así habla de actitud reificada tanto para definir la tendencia a la simulación

de sentimientos, como a la utilización instrumental de otras personas, o a la presencia de estados de ánimo distanciados.

Proponemos que hay un riesgo de cosificación de menores con pluridiscapacidad por parte del sistema sociosanitario, en contraposición a una relación natural, directa, no cosificada, de la madre.

¿POR QUÉ SE LLEGA A ESTA COSIFICACIÓN?

La atención de menores gravemente discapacitados supone un reto comunicativo importante para el personal sanitario que lo atiende: visitas frecuentes, problemas potencialmente vitales o que requieren atención urgente (por ejemplo, convulsiones), padres angustiados por lo que tiene (o pueda tener) su niño o niña. Con todo ello se corre el riesgo de limitar el aspecto comunicativo con la madre, desplegando toda la panoplia de la actuación médica: pruebas diagnósticas para llegar a etiquetar “*el caso*”, y deseo de hacerlo para dar un pronóstico, la posibilidad de un diagnóstico prenatal, y la organización futura de la vida de estas familias.

Con estas medidas se puede reforzar la cosificación de las personas menores con discapacidad, ya que dejamos de verlos como seres sufrientes junto a una familia, y los vemos como un semejante con problemas, que poco a poco va desdibujándose, y adoptando el status de “*caso*”. Pasa así de “*cuerpo*” a “*representación de cuerpo*” (Place 2000, citado por McKeever & Miller, 2004). Dicho de otra manera, se sustituye un Yo propio con un atributo (la discapacidad): “*X tiene una Parálisis cerebral Infantil*”, por una cosificación, siendo el “*Yo*” ya sólo la narrativa de una enfermedad (“*X es una Parálisis Cerebral Infantil*”) (Grover, 2005).

Los intentos de la madre por introducir aspectos no esperados en la relación con el personal sanitario y educativo pueden saldarse con afirmaciones del tipo “*esta madre no se entera*”, o de “*aún no lo tiene maduro*”, y puede contribuir a una retroalimentación de actitudes reificantes: las afirmaciones aparentemente ininteligibles, “... *me sonrío...*”, “*¿seguro que no se pondrá bien...?*”, pueden producir rechazo en el personal.

La madre, pese a sus esfuerzos, puede sufrir también un proceso de despersonalización, favorecido por la propia carga de trabajo en la asistencia y a las actitudes de los sanitarios. Esta despersonalización puede favorecerse por actitudes tales como el ser considerada “*la madre de...*” y no un sujeto autónomo, y la sensación de ser examinada continuamente por los profesionales, que la ven más como recurso que como madre (Brett, 2002).

La reificación de la imagen de menores con discapacidad, a nivel social, puede interpretarse, siguiendo a Luckacs, como praxis fallida: la sociedad, en este caso, es observadora no implicada en una situación, y la analiza desde el punto de vista económico: la reificación no es entonces un fallo cognitivo ni moral, sino una actitud respecto al otro (Honneth, 2006). De este modo la sociedad dominante aliena (segrega, rechaza) a la persona estigmatizada (Harvey, 2001).

Además, existen factores que pueden agravar la situación; la combinación de inmigración y tenencia de descendientes con pluridiscapacidad supone una carga extra a la madre; la sociedad puede agravar el problema atribuyendo a las creencias religiosas la dificultad en conseguir su presentación en la sociedad y por tanto, un reconocimiento, pero los estudios muestran que son las actitudes racistas de la sociedad (de nuevo, una actitud reificante) las que condicionan su falta de reconocimiento (Bywaters, Ali, Fazil, Wallace, & Singh, 2003).

En cambio, la madre adoptaría una relación directa, no cosificada. Pero hay un escollo de entrada; si hemos dicho que para conseguir un reconocimiento se precisa una actitud intersubjetiva, esta situación no se da en la relación madre y descendiente pluridiscapacitado; no encontramos aquí una actitud activa en ambos componentes del binomio; ¿cómo hace entonces la madre el reconocimiento? Podríamos apoyarnos en una interpretación idealista, según la cual una implicación existencial previa a la relación comunicativa (“*cura*” en Heidegger, o “*implicación*” en Luckacs) sería el primer contacto de la madre con su descendiente (Honneth, 2006). También Adorno habla de una “*investidura libidinosa del objeto*” como forma de implicación existencial afectiva que sería paso previo al conocimiento (Honneth, 2006).

Desde una postura más cercana a la psicología del desarrollo y al psicoanálisis, Brazelton y Cramer proponen un vínculo madre-feto, desarrollado en la tensión entre una idea de fusión y otra de separación. Gracias a este vínculo se va a desarrollar una interacción tras el nacimiento, a partir de la cual se moldeará su identidad (Brazelton & Cramer, 1993).

Hemos dicho que la relación entre los dos integrantes del binomio es vista en ocasiones como alienada. Alienada en el sentido de separada de la realidad. La sociedad ve la realidad como una carga insoportable de trabajo y frustración por tener una criatura totalmente alejada de las expectativas de toda madre, mientras que estas madres pueden mostrar aceptación o alegría ante esta situación, y realizar demandas que la sociedad ve como exageradas. La sociedad entonces no puede entender por qué la madre actúa así, y la etiqueta de “*alienada*”, “*enajenada*”, “*fantástica*”...

Pero las manifestaciones de la madre hay que verlas como de pleno sentido. Siempre será más fiable lo que dice una persona sobre lo que ocurre en su interior, que no lo que interprete la sociedad (lo que cree que piensa realmente la madre) (Fisher & Goodley, 2007).

A su vez, la madre corre el riesgo de alienarse, pero porque sufre las acciones reificantes de la sociedad (actitud distanciada, simulación de sentimientos, etiquetado).

Frente a este concepto, defendemos que la actitud de la madre es más directa, mientras que la de aquellas personas que la ven como alienada es en realidad una postura en sí misma alienada. ¿Por qué? Porque la alienación puede interpretarse también de otras maneras: alienación como cosificación (reificación): la sociedad cosifica a la infancia con discapacidad; no la reconoce como persona.

Los intentos de presentarla de la mejor manera posible no son pues síntomas de alienación, sino de búsqueda de reconocimiento.

En este momento nos podemos plantear si la relación madre descendiente es primaria, de relación directa, o reactiva a la postura anterior de la sociedad. En el caso de menores pluridisca pacitadas probablemente intervingan ambos aspectos: cualquier bebé emana amor (Gopnik, 2010). La madre ve en su bebé a un ser singular, con unas potencialidades diferentes; no como objeto, y defiende su visión frente a una visión normativa caracterizada por logros, objetivos, y competencia. También actuaría la explicación complementaria: la madre se resiste a los intentos de cosificación que proponen las narrativas lineales, y lucharía por el reconocimiento de la individualidad de su bebé.

La madre precisa los cuidados sanitarios, pero frecuentemente los pone en entredicho. Las manifestaciones maternas respecto a una esperanza de curación del niño o niña han de verse no como un análisis razonado del pronóstico ni como un delirio, sino como una petición de comunicación. En otras ocasiones el médico cree que la madre adopta ese discurso como una fase de negación antes de aceptar la enfermedad del niño.

Pero puede darse una explicación alternativa: la madre está desarrollando paralelamente una relación propia con su hijo o hija. Para ella, hay un reconocimiento completo pero no recíproco (el reconocimiento, paradójicamente, es previo al conocimiento, y precisa un camino de doble vía objeto-sujeto, o sujeto-sujeto). El conocimiento sin reconocimiento previo es una actitud “*objetiva*”, reificante, no implicada emocionalmente (Honneth, 2006).



En la madre este reconocimiento cumple dos características: una lucha para ser reconocido, más un don gratuito centrado en el amor (Ricoeur, 2005).

El reconocimiento lo hace la madre gracias a que combate el riesgo de alienación (alienación entendida como distanciamiento de la realidad). La madre no adopta esta postura sino la contraria, una actitud proactiva para compensar las limitaciones de su descendiente. ¿Cómo? Con armas propias basadas en una ética de los cuidados (asistencia y compromiso según Nussbaum [2007]), amor, contacto físico, renuncia a objetivos, vida del presente y protección de la infancia frente a a gentes externos (como personal médico y docente, que pueden adoptar hacia el niño lo que la madre cree que es una actitud agresiva).

LECCIONES PARA LOS Y LAS PROFESIONALES

Profesionales sanitarios, educativos y sociales (así como la ciudadanía) pueden también contribuir a mejorar y conseguir este reconocimiento. Fisher propone unas “*ecologías de práctica*” basadas en una actitud proactiva, desde una perspectiva femenina, que prima la consecución de una autoestima previa al desarrollo de derechos y responsabilidades individuales. Para ello los profesionales pueden aportar todo lo que hay incluido en el concepto de “*ética de cuidados*”: relaciones no individualistas, generosidad corporal, reconocimiento a través del proceso y no por la consecución de resultados (Fisher & Owen, 2008).

El reconocimiento del binomio madre-descendiente, la consideración del menor con enfermedad como una persona, la eliminación de filtros que impiden ver a estas criaturas como personas, sin cosificarlas (limitación del poder del etiquetado diagnóstico, actuaciones no basadas en la existencia de un pronóstico ominoso, apreciación del esfuerzo materno en una presentación adecuada de menores con discapacidad) (McKeever & Miller, 2004) son importantes en la relación profesional con este binomio.

Alcanzar la visibilidad de menores con discapacidad es una parte importante de ese reconocimiento. La actitud de profesionales, reconociendo dicha visibilidad, es importante para conseguir una empatía en las relaciones con los padres, y retroactivamente, una satisfacción personal. Las madres esperan un reconocimiento por parte del personal sanitario de los pequeños progresos que puedan hacer.

Las exigencias desmesuradas de progenitores pueden interpretarse, más que como síntoma de alienación, como de lucha por el reconocimiento de su prole.

La lucha por el reconocimiento tiene también un carácter político. Así se ha propuesto un cambio de paradigma en el concepto de discapacidad, con una visión positiva, considerando que la discapacidad es frecuente en la sociedad, propia de la naturaleza humana, y que aporta unos valores que permiten hablar ya no de discapacidad sino de diversidad funcional (Guibet Lafaye & Romañach Cabrero, 2010).

CONCLUSIONES

¿De qué puede servir esta explicación a las personas que atienden a estos niños y niñas?

Conocer mejor a las madres de menores con pluridiscapacidad para saber cuáles son sus sentimientos y por qué actúan como actúan. Pero el personal sanitario no sólo busca esto como actitud estratégica (si así lo hicieran estarían manteniendo la cosificación), sino para modular sus propios sentimientos, los cuales también se manifiestan en el trabajo.

Sólo una vez aceptado el status de persona, se podrá discutir con sus progenitores situaciones vitales de trascendencia, como la limitación de esfuerzos terapéuticos.

El personal, a partir del reconocimiento de esta situación, no se pondrá a cambiar a la otra persona (a la madre) sino que se podrá implicar con ella, y apoyará, con una actitud de respeto, la autonomía de la madre en las decisiones sobre su hijo o hija (Hayry, 2009).

AGRADECIMIENTOS DE LOS AUTORES

Agradecimientos de los autores

Deseamos agradecer a Juan Carlos Siurana Aparisi, Director del Grupo de Investigación en Bioética de la Universitat de València, e Investigador Contratado Doctor del Departamento de Filosofía del Derecho, Moral y Política de esta Universidad, y a Miguel Tomás Vila, Neuropediatra, Facultativo Especialista de Distrito del Hospital Infantil La Fe de Valencia, sus sugerencias en la corrección de este manuscrito.

Un agradecimiento especial a todas las madres, niños y niñas con problemas de pluridiscapacidad cuya relación nos ha enseñado tanto.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barnes, E. (2009a). Disability and adaptive preference. *Philosophical perspectives*, 23, 1-22.
- Barnes, E. (2009b). Disability, minority, and difference. *Journal of Applied Philosophy*, 26, 337-355.
- Baumann, A. E. (2007). Stigmatization, social distance and exclusion because of mental illness: the individual with mental illness as a 'stranger'. *International Review of Psychiatry*, 19, 131-135.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1993). *La relación más temprana*. Barcelona: Paidós.
- Brehaut, J. C., Kohen, D. E., Raina, P., Walter, S. D., Russell, D. J., Swinton, M. ... & Rosenbaum, P. (2004). The Health of Primary Caregivers of Children With Cerebral Palsy: How Does It Compare With That of Other Canadian Caregivers? *Pediatrics*, 114, e182-e191.
- Brett, J. (2002). The experience of disability from the perspective of parents of children with profound impairment: is it time for an alternative model of disability? *Disability and Society*, 17, 825-843.
- Bywaters, P., Ali, Z., Fazil, Q., Wallace, L. M., & Singh, G. (2003). Attitudes towards disability amongst Pakistani and Bangladeshi parents of disabled children in the UK: considerations for service providers and the disability movement. *Health & Social Care in the Community*, 11, 502-509.
- Castillo Hermoso, J. M. (1999). De la autonomía a la identidad: La lucha por el reconocimiento. *Thémata. Revista de Filosofía*, 22, 33-39.
- CoxWhite, B., & Boxall, S. F. (2008). Redefining Disability: Maleficent, Unjust and Inconsistent. *Journal of Medicine and Philosophy*, 33, 558-576.
- Fisher, P. (2008). Wellbeing and empowerment: the importance of recognition. *Sociology of Health & Illness*, 30, 583-598.
- Fisher, P., & Goodley, D. (2007). The linear medical model of disability: mothers of disabled babies resist with counter-narratives. *Sociology of Health & Illness*, 29, 66-81.
- Fisher, P., & Owen, J. (2008). Empowering interventions in health and social care: recognition through 'ecologies of practice'. *Social Science & Medicine*, 67, 2063-2071.
- Fraser, N. (2001). Recognition without Ethics? *Theory, Culture & Society*, 18, 21-42.
- Gonzalez Quiros, J. L., & Puerta, J. L. (2009). Tecnología, demanda social, y "medicina del deseo". *Medicina Clínica*, 133, 671-675.
- Gopnik, A. (2010). *El filósofo entre pañales*. Madrid: Temas de Hoy.
- Green, S. E. (2003). "What do you mean 'what's wrong with her?'": stigma and the lives of families of children with disabilities. *Social Science & Medicine*, 57, 1361-

- Grover, S. (2005). Reification of psychiatric diagnoses as defamatory: implications for ethical clinical practice. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 7, 77-86.
- Guibet Lafaye, C., & Romañach Cabrero, J. (2010). Diversity ethics. An alternative to Peter Singer's ethics. *Dilemata*, 3, 95-116.
- Harvey, R. D. (2001). Individual differences in the phenomenological impact of social stigma. *Journal of Social Psychology*, 141, 174-189.
- Hayry, M. (2009). Presidential address: the ethics of recognition, responsibility, and respect. *Bioethics*, 23, 483-485.
- Honneth A. (1997). *La lucha por el reconocimiento*. Barcelona: Crítica.
- Honneth, A. (2001). Recognition or Redistribution?: Changing Perspectives on the Moral Order of Society. *Theory, Culture & Society*, 18, 43-55.
- Honneth, A. (2006). *Reificación*. Buenos Aires: Katz.
- McDougall, R. (2007). Parental virtue: a new way of thinking about the morality of reproductive actions. *Bioethics*, 21, 181-190.
- McKeever, P., & Miller, K. L. (2004). Mothering children who have disabilities: a Bourdieusian interpretation of maternal practices. *Social Science & Medicine*, 59, 1177-1191.
- McLaughlin, J. (2005). Exploring diagnostic processes: social science perspectives. *Archives of Disease in Childhood*, 90, 284-287.
- Nussbaum, M. (2007). *Las fronteras de la justicia*. Barcelona: Paidós.
- Palacios, A., & Romañach, J. (2006). *El modelo de la diversidad*. Madrid: Diversitas.
- Raina, P., O'Donnell, M., Schwellnus, H., Rosenbaum, P., King, G., Brehaut, J., ... & Wood, E. (2004). Caregiving process and caregiver burden: conceptual models to guide research and practice. *BMC Pediatrics*, 4, 1.
- Raina, P., O'Donnell, M., Rosenbaum, P., Brehaut, J., Walter, S. D., Russell, D., ... & Wood, E. (2005). The Health and WellBeing of Caregivers of Children With Cerebral Palsy. *Pediatrics*, 115, e626-e636.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22ª ed.) Madrid.
- Ricoeur, P. (2005). *Caminos del reconocimiento: tres estudios*. Madrid: Trotta.
- Serra, M. (2008). *Quiet*. Barcelona: Empuries.
- Taylor, C. (1994). *La ética de la autenticidad*. Barcelona: Paidós.

9. CUESTIONES ÉTICAS EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL Y VALORACIÓN DE DISCAPACIDADES PSÍQUICAS

Ana Domènech Almendros

INTRODUCCIÓN AL TEMA

Las personas con discapacidad conforman un grupo en desventaja que tiene pleno derecho a disfrutar las políticas de acción positiva y de compensación que establece el Estado para equilibrar en lo posible las oportunidades y paliarlas en lo no posible. La relevancia de la discapacidad como problema sociosanitario viene definida por su elevada prevalencia y las consecuencias negativas que dicha condición tiene para el desarrollo vital de la persona (OMS, 2011).

La calificación de minusvalía presenta dos vertientes indisociables: el reconocimiento de un grado de discapacidad a la persona que lo solicita y las aplicaciones a que éste grado da derecho. De la posesión del certificado de minusvalía se derivan una serie de prestaciones económicas y ventajas sociales. En la valoración de la discapacidad participan diversos agentes: desde el solicitante, el profesional social o sanitario de su entorno que promueve la solicitud, los profesionales sanitarios que informan las patologías o trastornos que presenta y el equipo multiprofesional de los centros de evaluación y orientación que valoran la discapacidad (médicos, psicólogos y trabajadores sociales).

Los solicitantes, derivantes e informantes no tienen por qué saber si sus pretensiones son o no legítimas; el equipo valorador debe ser lo más imparcial posible para no favorecer a unas personas que no son discapacitadas en detrimento de otras que sí lo son y se verían en inferioridad de condiciones con respecto a los primeros.

En una primera parte, se introducirá brevemente el marco legal en materia de discapacidad así como el procedimiento valorador de la calificación de minusvalía común a todo el territorio nacional. Específicamente nos centraremos en la valoración de la discapacidad resultante de la enfermedad mental, la incidencia de la discapacidad psíquica en España sobre el total de personas discapacitadas; así como las normas de valoración y asignación del grado de discapacidad. Finalmente se enumerarán las diversas aplicaciones del certificado de minusvalía.

De dicho proceso se deriva la capacidad potencial de acceder o no a beneficios, por lo que los profesionales que intervienen en el mismo son objeto de interés de la ética.

Es por ello que en una segunda parte se abordará cómo el proceso de diagnóstico y valoración de discapacidades en general debe estar modulado por los principios básicos que rigen la bioética según la clasificación tradicional: beneficencia, autonomía, no-maleficencia y justicia (Gracia, 2008). Todos ellos están implicados en la calificación de minusvalía aunque con diferente influencia en función de sus protagonistas y entrando en conflicto permanentemente.

Existe una ética del valorador que se rige fundamentalmente por la beneficencia y la no-maleficencia, una ética del solicitante regida por la autonomía y, por último, una ética del gestor (en cualquiera de sus niveles) regulada por el principio de justicia. Estos principios son considerados como principios *prima facie*, es decir moralmente obligatorios si no entran en conflicto. En caso de que así sea, deben ser jerarquizados. La justicia debe primar siempre sobre la beneficencia en la gestión del certificado de minusvalía, siendo este último punto el cardinal en cuanto a los conflictos éticos que plantea la gestión de la calificación de minusvalía en todos sus niveles.

Los principios son teóricos y los problemas éticos concretos y particulares. Siendo imposible detallar cada uno de los hechos que plantean problemas éticos en la calificación de minusvalía se expondrán una serie de reflexiones que no representan en absoluto todo el universo posible en el proceso de valoración de discapacidades psíquicas. En todos los casos partiendo de valores irrenunciables como el compromiso ante los solicitantes y la sociedad, la actitud en positivo hacia la resolución de problemas y el talante ético que impregna todo nuestro trabajo.

Esto cobra sentido especialmente en una época de crisis económica como la actual en que muchas personas se ven abocadas a la solicitud del certificado de minusvalía como una búsqueda de soluciones a problemas humanos que emergen ante situaciones de precariedad económica.

MARCO LEGAL EN MATERIA DE CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

La Constitución Española de 1978 en su artículo 49 afirma:

Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos

cos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos.

La Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos, considerada como Ley Marco porque establece las bases que han de guiar toda la normativa y posteriores actuaciones en materia de discapacidad, desarrolla una serie de prestaciones económicas, entendidas como un mecanismo social compensatorio de una situación no deseada.

A los efectos de la presente Ley se entenderá por minusválidos toda persona cuyas posibilidades de integración educativa, laboral o social se hallen disminuidas como consecuencia de una deficiencia, previsiblemente permanente, de carácter congénito o no, en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales.

El artículo 7 de dicha Ley establece que en España solamente es minusválida “*oficialmente*” la persona que ha obtenido la calificación legal de minusvalía, “*el reconocimiento del derecho a la aplicación de los beneficios previstos en esta Ley deberá ser efectuado de manera personalizada por el órgano de la Administración que se determine reglamentariamente, previo informe de los correspondientes equipos multiprofesionales calificadores.*”.

La norma que regula en España el procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía es el Real Decreto 1771/1999 de 23 de diciembre. Dicho Real Decreto utiliza formalmente la terminología de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de 1980 de la OMS.

Transcurridos más de veinte años desde la promulgación de la Ley de Integración Social de los Minusválidos se consideró necesario promulgar otra norma legal que la complementase y que sirviera de renovado impulso a las políticas de equiparación de las personas con discapacidad. Ello se hizo con la promulgación de la Ley 51/2003, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad: A estos efectos, se entiende por igualdad de oportunidades la ausencia de discriminación, directa o indirecta, que tenga su causa en una discapacidad, así como la adopción de medidas de acción positiva orientadas a evitar o compensar las desventajas de una persona con discapacidad para participar plenamente en la vida política, económica, cultural y social.

Dos razones justificaron esta nueva Ley: la persistencia en la sociedad de desigualdades (pese a las inequívocas proclamaciones constitucionales) y

los cambios operados en la manera de entender el fenómeno de la discapacidad como consecuencia de la aparición de nuevos enfoques y estrategias. Hoy es sabido que las desventajas que presenta una persona con discapacidad tienen su origen no sólo en sus dificultades personales sino también en los obstáculos y condiciones limitativas que en la propia sociedad, concebida con arreglo al patrón de la persona media, que dificultan la plena participación de estos ciudadanos.

Era necesario diseñar y poner en marcha estrategias de intervención simultáneas que operasen tanto sobre las condiciones personales como sobre las condiciones ambientales. Surgen así dos estrategias de intervención relativamente novedosas que con orígenes distintos evolucionan en una progresiva convergencia: las estrategias de lucha contra la discriminación y de accesibilidad universal.

En primer lugar, la estrategia de lucha contra la discriminación se inscribe en la larga marcha de algunas minorías por lograr la igualdad de trato y por el derecho a la igualdad de oportunidades. Ya el artículo 13 del Tratado constitutivo de la Comunidad Europea habilitaba al Consejo para *“adoptar acciones adecuadas para luchar contra la discriminación por motivos de sexo, de origen racial o étnico, religión o convicciones, discapacidad, edad u orientación sexual”*.

En segundo lugar, el concepto de accesibilidad, estaba en su origen muy unido al movimiento promovido por algunas organizaciones de personas con discapacidad, organismos internacionales y expertos en favor del modelo de vida independiente. Defienden una participación más activa de estas personas en la comunidad sobre unas bases nuevas: como ciudadanos titulares de derechos, sujetos activos que ejercen el derecho a tomar decisiones sobre su propia existencia y no meros pacientes o beneficiarios de decisiones ajenas. La discapacidad vista desde otro prisma: personas que tienen especiales dificultades para satisfacer unas necesidades que son normales, más que personas especiales con necesidades diferentes al resto de sus conciudadanos. Es decir, ciudadanos y ciudadanas que para atender sus necesidades demandan no sólo apoyos personales, sino también modificaciones en los entornos que erradiquen aquellos obstáculos que les impiden su plena participación.

Las personas con discapacidad son un sector de población heterogéneo; aunque todas tienen en común que, en mayor o menor medida, precisan de garantías suplementarias para vivir con plenitud de derechos o para participar en igualdad de condiciones que el resto de ciudadanos en la vida económica, social y cultural del país.

Brevemente introduciremos tres términos que suelen utilizarse coloquialmente de forma indistinta aunque no son equivalentes en la calificación de minusvalías. Según la Clasificación Internacional de deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la OMS:

- Deficiencia es

[...] toda pérdida o anomalía, permanente o temporal, de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. La deficiencia supone un trastorno orgánico, que produce una limitación funcional que se manifiesta objetivamente en la vida diaria. Se puede hablar de deficiencias físicas, sensoriales, psíquicas y de relación.

- Discapacidad es *“la restricción o ausencia, debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma, o dentro del margen considerado normal para un ser humano”*. Puede ser temporal o permanente, reversible o irreversible. Es una limitación funcional, consecuencia de una deficiencia, que se manifiesta en la vida cotidiana. La discapacidad no es un atributo de la persona sino un estado que puede afectarle física, psíquica o sensorialmente.

- Minusvalía es

la situación desventajosa en que se encuentra una persona determinada, como consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita, o impide, el cumplimiento de una función que es normal para esa persona, según la edad, el sexo y los factores sociales y culturales.

La calificación del grado de minusvalía depende fundamentalmente de la deficiencia que presenta el individuo y del grado de discapacidad que ésta le produce. Las pautas de valoración no se fundamentan en el alcance de la deficiencia sino en su efecto sobre la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (AVD), es decir, en el grado de discapacidad que ha originado la deficiencia. Es importante señalar que el diagnóstico de la enfermedad no es un criterio de valoración en sí mismo.

La calificación de minusvalía se hace en términos de grados, y el grado de minusvalía se expresará en porcentajes. Se concede la “calificación de minusvalía” cuando el grado de limitación funcional alcanza un 33%. Para esta medición se establecen una serie de baremos que se pueden clasificar en dos tipos:



1. Baremos referidos a factores médicos y psíquicos (discapacidades sensoriales, físicas y psíquicas).
2. Baremos referidos a factores de tipo social. Con una puntuación máxima del 15% que se sumará a la valoración clínica siempre que ésta supere el 25% de discapacidad. Como puede verse, existe una primacía de los factores clínicos sobre los sociales.

La calificación legal de minusvalía es el documento oficial que acredita que una persona precisa de más apoyos que la mayoría. Se trata del documento administrativo que facilita el acceso a determinados derechos y beneficios reservados a la persona con discapacidad.

La acreditación del grado de minusvalía se efectuará mediante resolución o certificado expedidos por el IMSERSO u órgano competente de la comunidad autónoma correspondiente. La valoración y trámites se efectúan en los Centros de Valoración y Orientación de Discapacitados existentes en cada provincia y cuya gestión depende de los diferentes gobiernos de las Comunidades Autónomas.

Existen unas normas generales, establecidas en los anexos de RD 1971/1999 y recogidas en el Manual de Valoración de las situaciones de minusvalía (IMSERSO 2000), para proceder a la determinación de la discapacidad.

APLICACIONES DEL CERTIFICADO DE MINUSVALÍA

A continuación enumeraremos brevemente los beneficios a los que da derecho la posesión de dicho certificado:

- Prestaciones económicas:
 - Prestación familiar por hijo a cargo (250 € trimestrales si se trata de un menor de 18 años con un grado de discapacidad igual o superior al 33%; 357,70 € mensuales si se trata de los hijos mayores de 18 años con una minusvalía superior al 65%, ascendiendo a 536,60 € mensuales si obtienen un grado de 75% y precisan tercera persona) Esta prestación es independiente de los ingresos familiares. (Cuantías vigentes año 2012).
 - Pensión no contributiva en el caso de mayores de 18 años (14 mensualidades por un importe entre 357,70 € y 536,60 € en función del grado de minusvalía, teniendo en cuenta los ingresos familiares. (Cuantías vigentes año 2012).

- Aplicaciones de carácter laboral: Reserva puesto en ofertas públicas de empleo, subvenciones a empresas contra tantes, ayuda empleo autónomo, Centros Especiales de empleo, Renta activa de inserción social, Renta garantía de ciudadanía. Adaptación de puesto de trabajo, flexibilización horaria.
- Aplicaciones educativas o formativas: becas escolares, elección de colegio, reducción tasas universitarias, adaptación selectividad.
- Aplicaciones de carácter municipal: tarjeta de aparcamiento para personas con movilidad reducida, exención de impuesto de circulación de vehículos, servicio de ayuda a domicilio, ayudas para eliminación de barreras, adquisición de prótesis, adaptación de vehículo a motor.
- Reducción impuestos: deducción IRPF, reducción impuesto de sucesiones y donaciones, reducción impuesto de matriculación de vehículo.
- Vivienda: adaptación y eliminación de barreras arquitectónicas.
- Asistencia farmacéutica gratuita para menores de 18 años con minusvalía igual o superior al 33% y mayores de 18 años con minusvalía igual o superior al 65%.
- Ocio y tiempo libre: descuento cines, museos, piscinas, viajes.
- Libro familia numerosa: Las que tengan dos hijos siendo uno minusválido o la que tengan dos hijos y ambos padres sean minusválidos o uno de ellos con un grado igual o superior a 65%.
- Ingreso en centros: de discapacitados físicos, de discapacitados psíquicos, centros ocupacionales, Centros Específicos de Enfermos Mentales (CEEM), Centros de Rehabilitación e Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (CRIS).

LA VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD PSÍQUICA

Las personas con discapacidad psíquica suponen un 21% del total de personas valoradas en los centros de diagnóstico con un grado de minusvalía superior al 33%. De éstas, un 10% están diagnosticadas de trastorno mental y un 11% de retraso mental. Si atendemos a sexo: las mujeres superan a los varones (54.5% vs 45.5%) en el caso de trastorno mental y los varones

son mayoría (57% vs 47%) entre las personas con retraso mental (IMSERSO, 2002).

Partiendo del hecho reconocido de que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto trastorno mental, entendemos como tal el conjunto de síntomas psicopatológicos identificables que interfieren en el desarrollo personal, laboral y social de la persona.

La valoración de las discapacidades psíquicas es competencia del psicólogo de los Equipos de valoración y Orientación. Esta valoración se realiza habitualmente de manera presencial y en menor medida en ausencia del interesado por medio de informes emitidos por profesionales autorizados. Previo a la valoración propiamente dicha debe existir un diagnóstico emitido por los organismos competentes que conlleve, a su vez, una disminución de la capacidad adaptativa. El proceso patológico que ha dado origen a la deficiencia, bien sea congénito o adquirido, ha de haber sido previamente diagnosticado por los organismos competentes, han de haberse aplicado las medidas terapéuticas indicadas y debe estar documentado (IMSERSO, 2000).

El profesional de valoración coteja la información documental aportada con la exploración presencial del solicitante. El diagnóstico aportado se considera orientativo, siendo refrendado en muchos casos; aunque en otros se puede establecer uno diferente. A continuación se procede a valorar en porcentajes su discapacidad.

El diagnóstico de la enfermedad mental se realizará de acuerdo con los grandes grupos de trastornos mentales incluidos en los sistemas de clasificación universalmente aceptados: CIE10, DSM IV: Trastornos mentales orgánicos, esquizofrenias y trastornos psicóticos, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, adaptativos y somatomorfos, disociativos y de personalidad. No se valorará la dependencia de sustancias psicoactivas en sí mismas sino las patologías asociadas, tanto las premórbidas como el deterioro psíquico irreversible resultante del consumo.

La evaluación debe responder a criterios homogéneos establecidos para todos los equipos de valoración, utilizando la descripción de las AVD propuesta por la Asociación Médica Americana en 1994 donde entran fundamentalmente dos bloques: actividades de autocuidado (vestirse, comer, higiene, evitar riesgos...) y otras AVD (comunicarse, actividad física, sensorial, funciones manuales, transporte, función sexual, sueño y actividades sociales y de ocio..) Es por ello que encontramos personas con un mismo diagnóstico y diferentes porcentajes de discapacidad.

Las deficiencias permanentes no se fundamentan en el alcance de su deficiencia sino sobre la capacidad de llevar a cabo las AVD; es decir el grado de discapacidad que ha originado la deficiencia. Si se trata de enfermedades o trastornos que cursan con brotes, habrá que tener en consideración la duración, frecuencia e intensidad de los brotes y las interferencias que producen en la realización de las AVD.

Resumiendo, la valoración de la discapacidad que un trastorno mental conlleva se realizará en base a la consideración de tres criterios simultáneamente:

- a. La disminución de la capacidad funcional del individuo para llevar una vida autónoma (relación con el entorno y actividades de cuidado personal).
- b. La disminución de la capacidad laboral. Deberá constatarse el déficit en el mantenimiento de la concentración, la continuidad y el ritmo en la ejecución de tareas (ya sean en la economía productiva o tareas domésticas) y el deterioro o descompensación en la actividad laboral debido al fracaso en adaptarse a las circunstancias estresantes. Se dará primacía a lo laboral ocupacional frente a la prestación económica.
- c. Ajuste a la sintomatología psicopatológica de acuerdo con los sistemas de clasificación internacional.

Existirá la posibilidad de establecer criterios de temporalidad en función del grado de evolución del trastorno o la carencia de datos en cuanto a curso y pronóstico para establecer una validez definitiva. Ante una cronicidad clara se establecerá una validez permanente. Deben entenderse como deficiencias permanentes aquellas alteraciones orgánicas o funcionales no recuperables, es decir, sin posibilidad razonable de restitución o mejoría de la estructura o de la función del órgano afectado. En el caso de los niños siempre se hará una valoración provisional con revisiones cuando se estime procedente en función del pronóstico del trastorno.

En el caso de jóvenes afectados de trastorno mental grave, también nos resistimos a la calificación permanente por lo que damos una temporalidad a sabiendas que el trastorno es crónico.

Cabe la posibilidad de solicitar informes psiquiátricos y psicológicos complementarios que permitan conocer la historia previa del individuo, las

medidas terapéuticas aplicadas y el posible pronóstico del trastorno. Evidentemente la valoración tendrá en cuenta el criterio de gravedad del trastorno, no todos presentan el mismo abanico de deterioro. P. ej. Una psicosis vs un trastorno de personalidad.

GRADOS DE DISCAPACIDAD EN EL TRASTORNO MENTAL

Existen cinco grados de discapacidad dependiendo del tipo de afectación que va desde discapacidad nula a discapacidad muy grave, siempre cumpliendo los tres requisitos a+b+c reseñados anteriormente. Teóricamente cada trastorno mental podría cursar en cualquier grado de afectación; sin embargo en la práctica clínica observamos que ciertos trastornos aparecen en determinadas clases significativamente con mayor frecuencia (Parguñña, 2008).

- Clase I: (0%). Sintomatología clínica aislada, sin disminución de la capacidad funcional. Un ejemplo serían las reacciones depresivas de corta duración o duelos. No se valorarían.
- Clase II: Discapacidad leve (entre 12-4%) indica que la capacidad para llevar a cabo una vida autónoma está conservada o levemente disminuida de acuerdo a lo esperable para una persona de su edad y condición, excepto en periodos aislados de crisis. Mantiene una actividad laboral normalizada excepto en periodos de descompensación que se resuelven con reposo laboral junto a intervención terapéutica adecuada. Son ejemplos de esta clase los trastornos distímicos, de ansiedad, adaptativos o somatomorfos. También los trastornos de personalidad de afectación leve, así como los deterioros cognitivos orgánicos con leve afectación de la memoria, procesamiento de la información, lenguaje y funciones ejecutivas.
- Clase III. Discapacidad moderada (25%-59) indica que existe una restricción moderada en las AVD incluyendo los contactos sociales y en la capacidad para desempeñar un trabajo remunerado en el mercado laboral. Las dificultades se agudizan en periodos de crisis o descompensación. Fuera de las crisis puede desarrollar una actividad laboral normalizada en puesto de trabajo adaptado o centro especial de empleo en los casos menos graves y en centro ocupacional en los casos más graves. Precisa la medicación y/o tratamiento de forma habitual y pese a ello persiste la sintomatología clínicamente evidente.

Son ejemplos de esta clase los trastornos bipolares con recaídas frecuentes, la depresión mayor de evolución crónica con intentos de suicidio y presencia de síntomas psicóticos. Los cuadros graves de ansiedad y somatomorfos que requieran ingresos hospitalarios o grave alteración en la relación interpersonal y en la comunicación. Trastornos mentales orgánicos como las demencias, de alta incidencia en los equipos de valoración. También aparecen trastornos de personalidad debidos a lesión de etiología traumática o tóxica.

Ejemplos entre el 45% al 59% son la esquizofrenia, trastornos paranoides y el autismo.

- Clase IV Discapacidad grave (60%74%) Grave restricción de las AVD. Precisa supervisión intermitente en ambientes protegidos y total fuera de ellos. Grave disminución de su capacidad laboral. No desempeñan ninguna actividad productiva, solo puede acceder a centros o actividades ocupacionales con rendimiento pobre e irregular.

Ejemplos de ello son pacientes con trastornos mentales orgánicos con deterioro cognitivo en el que no se pueden utilizar los test debido a su grave afectación de la memoria, desorientación temporoespacial completa así como graves alteraciones conductuales. Esquizofrenia y trastornos delirantes con reiterados internamientos y mantenimiento de la sintomatología pese al tratamiento neuroléptico. Trastornos bipolares resistentes al tratamiento con ciclación rápida y sin periodos entre crisis o con sintomatología psicótica crónica.

Trastornos de ansiedad o somatomorfos con grave repercusión en la conducta y mala respuesta al tratamiento, por ejemplo los trastornos graves obsesivocompulsivos con rituales y pensamientos invasivos que ocupan la mayor parte del día. En esta clase destacan por su alta incidencia las esquizofrenias y las demencias.

- Clase V. Discapacidad muy grave (75% o más): Repercusión invalidante de la enfermedad o el trastorno sobre el individuo. Incapacidad para cuidar de si mismo. Precisan de otras personas de forma constante. No existe ninguna posibilidad laboral y la sintomatología es extremadamente grave. Ejemplos serían las demencias avanzadas o la esquizofrenia hebefrénica o catatónica.

El diagnóstico es incierto e inseguro por naturaleza, especialmente en los trastornos mentales, donde abundan los datos blandos, imprecisos, susceptibles de interpretaciones varias. El manejo de abundante información blanda (psicológica, social, familiar) no objetivable obliga a una extremada prudencia (González de Rivera, 1996). Muchas de estas limitaciones se han suavizado con los manuales de clasificación diagnóstica de las enfermedades mentales, de modo que se pretenden minimizar los aspectos del proceso diagnóstico influidos por factores subjetivos. Este enfoque diagnóstico, utilizado para la valoración de discapacidades, ofrece cierta garantía, aunque no absoluta, frente al diagnóstico erróneo. A falta de criterios universales y concluyentes, hemos de asumir con humildad las limitaciones de los clínicos diagnósticos, admitiendo el carácter falible y las limitaciones de nuestros instrumentos diagnósticos.

El diagnóstico es un acto social que tiene lugar en un contexto social ya que todo comportamiento humano se juzga en relación con la norma imperante en el entorno social en que se desenvuelve el sujeto. El riesgo del diagnóstico es estigmatizar y estar al ser vicio de las necesidades del sistema familiar y social cuando su paz y equilibrio se ven turbadas por los síntomas del enfermo mental. A veces se produce un proceso de exclusión y deshumanización diagnóstica. Existe mayor consenso sobre el diagnóstico de determinadas enfermedades mentales con rasgos fáciles de describir que en el caso de trastornos con criterios menos claros como pueden ser los trastornos de personalidad.

Surge el problema ético del abuso, la mala utilización consciente de categorías diagnósticas a quienes no les corresponden lo que supone para estos individuos el riesgo de sufrir los efectos perjudiciales de la posibilidad de quedar etiquetado de por vida, con una serie de desventajas sociales e incluso legales. A veces se producen diagnósticos erróneos intencionados: se aplica un diagnóstico con el fin de obtener un fin legal o administrativo. Se cumplimentan los informes indicando una puntuación en la GAF superior en la creencia que el solicitante obtendrá un grado superior de minusvalía. Se trata de actuaciones contrarias a la ética que producen un doble daño para las personas que son realmente minusválidas por agravio comparativo y para la credibilidad de la profesión. En otras ocasiones se producen diagnósticos erróneos no intencionados que son más difíciles de identificar. En el proceso diagnóstico influyen necesidades, presiones y compromisos no médicos que

llegan a la conciencia del psiquiatra o psicólogo informante sólo parcialmente, emitiendo un diagnóstico incorrecto por factores extrínsecos (Reich, 2001).

En ocasiones el clínico valorador se encuentra con personas que acuden con una sintomatología difusa que entorpece y limita claramente su adaptación a las AVD y que aportan un diagnóstico incorrecto o no concluyente por parte del ámbito sanitario o educativo; es decir, los informes aportados son discordantes con los datos clínicos evidenciados en entrevista. Por ejemplo el caso de niños y jóvenes cuya sintomatología sugiere un Síndrome de Asperger y vienen diagnosticados de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) (Un 92% de niños con Asperger han sido previamente diagnosticados como TDAH [IMSERSO, 2010]). En estos casos, somos conscientes de que un adecuado diagnóstico precoz es fundamental para las familias porque tranquiliza y facilita el adecuado tratamiento rehabilitador. Se plantea la disyuntiva de indicar como diagnóstico trastorno conductual de forma genérica y valorar el grado de discapacidad resultante o adoptar una postura activa yendo más allá de nuestras funciones administrativas establecidas y en beneficio de la persona evaluada, facilitar orientación a los padres a fin de encaminar adecuadamente el proceso diagnóstico sin usurpar funciones que no nos corresponden.

REFLEXIONES ÉTICAS QUE DIMANAN DE LA EVALUACIÓN DE LA DISCAPACIDAD PSÍQUICA

En la calificación de minusvalía toda decisión lleva asociado un componente ético. No son suficientes las decisiones técnicas, siempre es imprescindible incorporar valores morales que a su vez incrementan la corrección y calidad del ejercicio como clínicos. Es importante desarrollar una capacidad reflexiva ante las cuestiones que surgen en la valoración de discapacidades psíquicas, comprendiendo el conflicto entre los principios de beneficencia y justicia. Con frecuencia es necesario reubicar el rol del valorador: no somos jueces para dirimir si es justo o no que una persona determinada acceda a una prestación; nuestra misión consiste en valorar el grado de minusvalía que presenta en base a una discapacidad provocada por un trastorno determinado. No obstante, no podemos ser meros expendedores de porcentajes, el solicitante debe ser valorado en su contexto social y también administrativo.

El proceso de valoración de discapacidades debe estar modulado por los principios básicos que rigen la bioética: respeto a la autonomía, no-maleficencia, justicia y beneficencia.

El principio de no-maleficencia enfatiza la obligación ética de no hacer daño, omitir actos que puedan causar un daño o perjuicio. Una distinción decisiva, con profundas implicaciones éticas hace referencia a la relación existente entre el profesional y el solicitante ya que no se trata de la relación habitual ente clínico y paciente donde prevalecen los intereses, necesidades y metas de éste. El proceso calificador de la minusvalía entraña una relación valoradorvalorado. El clínico trabaja para la administración y el resultado de su exploración e informe puede ir en contra de los intereses del solicitante (Gutheil, 2001). Ello a veces provoca una tensión ética al encontrarnos en un marco contradictorio en el que se establece una relación empática para obtener información sensible. En este sentido, la cita única minimiza el riesgo de establecer vínculos con pacientes sobre los que tenemos que tomar decisiones que pueden no satisfacerles. El clínico debe mantener una serie de deberes hacia el solicitante, fundamentalmente en lo que respecta a la revelación de datos; así como a centrar las expectativas ya que el objetivo no es terapéutico sino valorador y a lo sumo orientador. Una vez aceptada la idea de que se trata de una relación diferente, los principios éticos que se aplican ya no son los propios del proceso terapéutico sino que son sustituidos por la honestidad y el respeto hacia las personas.

Las situaciones ambiguas requieren un análisis ético de los beneficios y los daños. El diagnóstico debe ajustarse al criterio de prudencia y no sólo al de veracidad o exactitud. En alguna ocasión se plantea el coste beneficio de hacer constar un diagnóstico que puede ser perjudicial para el paciente al aparecer en su certificado y entorpecer una opción laboral. Aquí haremos referencia a la parte final del Dictum hipocrático también en el diagnóstico: "*sobre todo, no dañar*". Mientras la valoración en grados de discapacidad sea la correcta.

El rigor de las exigencias administrativas supone en ocasiones una trampa desde una perspectiva ética. Anteponer la fría realidad objetiva de los datos al principio terapéutico puede hacernos unos correctos funcionarios pero no unos buenos clínicos. Por ejemplo, la codificación como trastorno mental de un problema de ansiedad o trastorno de personalidad leve puede acarrear serias consecuencias para el solicitante. En el caso de los niños pequeños es preferible codificar como retraso madurativo o psicomotor en lugar de retraso mental a fin de no estigmatizar. No obstante, hay que ser honestos con los padres indicando el pronóstico del mismo.

El principio de respeto a la autonomía implica tratar a las personas como agentes autónomos con capacidad de autodeterminación y derecho a

decidir. La otra vertiente de este principio es la protección de las personas con disminución de su autonomía.

Un ejemplo clásico es el de la tramitación de la calificación de minusvalía para un enfermo mental por parte de los familiares o profesionales sin recabar su consentimiento. No podrá efectuarse dicha valoración a no ser que la persona fuera menor de edad o estuviera inca pacitada legalmente. El respeto al principio de autonomía requiere inevitablemente del principio de responsabilidad de los individuos.

Es especialmente en las relaciones asimétricas, como es la asistencia médica y en especial en la atención psiquiátrica y psicológica al niño y al adolescente, donde el principio de autonomía debe interpretarse necesariamente en el marco de la responsabilidad ética, pues de otro modo la decisión del profesional de la salud puede ser irresponsable y altamente nociva. (Reich, 2001)

En el caso de los menores, la responsabilidad recae en los padres al ser los representantes legales. No es infrecuente el caso de padres que mediado el proceso valorador han renunciado a él por no estigmatizar a sus hijos como minusválidos. Una decisión legítima, aunque probablemente equivocada porque negar una realidad supone retrasar el proceso terapéutico rehabilitador de sus hijos así como impedir la posibilidad de beneficiarse de las aplicaciones a las que el certificado da derecho como medida compensatoria de su discapacidad.

Otras veces, el proceso valorador entraña dilemas éticos por cuanto que el solicitante está inmerso en dos procesos administrativos, incluso con el mismo órgano directivo. A menudo el resultado favorable en uno es incompatible, no legal, pero sí éticamente con el otro. Es por ejemplo el caso de una persona que tiene una minusvalía por una enfermedad neurológica degenerativa y está tramitando paralelamente un proceso de adopción de un menor. Otro ejemplo el caso de una persona enferma mental grave no compensada pese a tomar medicación psiquiátrica, que por los datos en entrevista nos revelan que conducen habitualmente un vehículo. Todo ello entra en conflicto con los derechos de otras personas al estar hipotéticamente en riesgo de padecer las consecuencias de un accidente de circulación o ser adoptado por alguien que no va a poderle proporcionar la protección necesaria a medio plazo, pese a tener el certificado de idoneidad psicosocial expedido en la época de la solicitud.

En estos casos, la posibilidad bien fundada de evitar un daño grave a terceras personas concretas constituye la justificación ética fundamental



para poder revelar información confidencial, cuando no existe otro modo de evitar dicho daño. (Delgado, 2010).

El principio de beneficencia implica la obligación ética de aumentar al máximo los beneficios y reducir al máximo los daños o perjuicios. El psicólogo clínico de valoración se basa en los informes actualizados expedidos por los profesionales del sistema sanitario que previamente han diagnosticado y tratado al solicitante en cuestión (en el caso de los niños y adolescentes escolarizados son válidos los informes psicológicos emitidos por los servicios psicopedagógicos). Dichos informes comportan una decisión de gestión. Los médicos de familia y los especialistas forman parte de la denominada microgestión sanitaria donde tradicionalmente predomina la “ética individualista” basada en la atención primordial a los principios de beneficencia y no-maleficencia (Simón, 2005). Es dispar la colaboración de los distintos profesionales sanitarios. Algunos no conceden importancia al trámite solicitado por el paciente considerándolo una molestia burocrática no relacionada con sus funciones principales de tipo asistencial. En la mayoría de casos, el profesional es consciente de los beneficios que se derivan para el paciente y, por ende, el interés que tiene efectuar un informe que recoja la información necesaria para la valoración de la discapacidad y por tanto la posibilidad de acceso a una serie de prestaciones.

Los criterios de valoración imperantes hacen referencia siempre a la disminución de la capacidad funcional de la persona una vez aplicadas las medidas terapéuticas pertinentes. El equipo valorador debe ponderar cuidadosamente la relación entre la valoración efectuada y la posible correspondencia con una prestación económica que pudiera tener un efecto per se sobre el solicitante; en el caso de que existan posibilidades de carácter laboral. La prestación debe ser concedida sólo en aquellos casos que el trastorno mental interfiera con cualquier tipo de actividad productiva. Incluso contemplar una temporalidad como estímulo a la acción conjunta rehabilitadora. En la otra cara de la moneda puede ubicarse el caso de enfermos mentales graves en los que con gran apoyo familiar y de los profesionales de Salud Mental se logra un delicado equilibrio vital, ya que si esta mejoría se objetiva en una reducción del porcentaje de minusvalía, perderían el ingreso económico que les proporciona seguridad a ellos y sus familias.

El principio de justicia establece que todos los seres humanos tienen igual derecho a alcanzar su pleno desarrollo, implica la obligación ética de dar a cada uno lo que le corresponde de acuerdo con lo que se considera éticamente correcto. Ello conlleva la distribución equitativa de cargas y beneficios y la obligación de tomar medidas especiales para proteger los derechos y

bienestar de las personas vulnerables. A la base de este principio se asienta toda la legislación de integración de Integración Social de Minusválidos y de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad. Se trata de los derechos humanos de tercera generación incorporados en todas las constituciones políticas: el derecho a la solidaridad de la comunidad (Vélez y Maya, 2003)

Estos principios a veces entran en conflicto entre ellos y deben ser jerarquizados para aquellas situaciones en que no pueden ser preservados todos ellos. Según esta jerarquía interna, la *No-maleficencia* y la *Justicia* serían principios de primer nivel y marcarían los mínimos éticos exigibles, incluso recogidos en la ley. La obligación ética de no hacer daño. Es el caso del enfermo mental que es hospitalizado involuntariamente dada su incapacidad para eludir riesgos y protegerlo de sí mismo. Una vez ingresado y tratado se activarán los mecanismos pertinentes que hagan factible la tramitación de la calificación de minusvalía.

La *Autonomía* y la *Beneficencia* tienen relación con los proyectos vitales de las personas, con sus máximos éticos y sus propias jerarquías de valores. Ahora bien, estos principios no deben entenderse de manera aislada, sino en íntima relación con los principios de dignidad, integridad y vulnerabilidad. (Simón, 2005)

LA CRISIS ECONÓMICA EN LAS SOLICITUDES DE MINUSVALÍA

Todo lo anterior cobra sentido especialmente en una época de crisis económica como la actual en que muchas personas que no son minusválidas se ven abocadas a la solicitud del certificado como una solución a sus problemas económicos o laborales, sobrecargando artificiosamente la estructura administrativa. El diagnóstico de enfermedad mental supone una tentación como solución a problemas humanos (Reich, 2001), ello lleva a que profesionales del sistema sanitario o social bien intencionados alienten la tramitación de la calificación de minusvalía. También se encuentran en mayor medida simulaciones o exacerbaciones de síntomas a veces orientadas por gestores poco honrados.

Paralelamente afloran trastornos adaptativos asociados ya no solo a enfermedad física sino también a ruina económica, o incluso ambas por tratarse con frecuencia de situaciones interdependientes.

Mención aparte merece el TDAH. En los últimos años se han multiplicado las solicitudes de minusvalía para niños (e incluso adultos) que padecen

este trastorno debido a su elevada prevalencia y al elevado coste de los fármacos empleados en su tratamiento. Se estima, según las fuentes epidemiológicas, entre un 3 y un 7% de la población escolar (DSMIV, 1999). Los niños con este trastorno tienen un mayor riesgo de fracaso escolar, problemas de comportamiento y dificultades en las relaciones sociofamiliares como consecuencia de los síntomas propios del TDAH. Requiere tratamiento a largo plazo, en España entre los años 1992 y 2001 el uso del metilfenidato se ha multiplicado por seis (Criado y Romo, 2003), con el consiguiente esfuerzo económico de las familias. El elevado coste de la medicación hace que los profesionales sanitarios aconsejen solicitar la minusvalía a fin de obtener la prestación farmacéutica gratuita.

Algunos profesionales han llegado a cuestionar la existencia del trastorno y a preguntarse cuáles son los motivos por los que cada vez más personas presentan síntomas de TDAH, sugiriendo que pueda ser una moda pasajera en el diagnóstico psiquiátrico, un mito o, más específicamente, que los niños diagnosticados de TDAH son normales pero que los "etiquetan" como trastorno mental por la intolerancia de padres y docentes, por la ansiedad cultural y parental en torno a la crianza de los niños o por una conspiración entre la comunidad médica y las compañías farmacéuticas (Barkley, 2006).

Pese a su interés, no vamos a entrar en esta polémica; lo cierto es que el diagnóstico de la enfermedad no es un criterio de valoración en sí mismo. Esta dependerá de la severidad de las consecuencias del trastorno. Las pautas de valoración no se fundamentan en el alcance de la deficiencia sino en el grado de discapacidad que ha originado, es decir, la capacidad de llevar a cabo las AVD. Normalmente los niños diagnosticados de TDAH que acuden a valoración una vez aplicadas las medidas terapéuticas (farmacológicas y conductuales) apenas presentan disminución de su capacidad funcional por lo que rara vez alcanzan el 33% de discapacidad. Caso distinto es cuando se diagnostica erróneamente como TDAH subtipo inatento lo que realmente es una capacidad intelectual límite. Lamentablemente esta confusión diagnóstica se produce con bastante frecuencia lo que implica un tratamiento farmacológico innecesario durante periodos que pueden ser prolongados. Pero eso forma parte de otro debate en el que no vamos a entrar.

A MODO DE CONCLUSIÓN

A lo largo de estas páginas hemos pretendido acercar al lector, probablemente procedente del ámbito sanitario, al proceso de valoración de discapacidades psíquicas. En muchos casos son estos profesionales quienes

aconsejan a sus pacientes solicitar la calificación de minusvalía. Sus informes psiquiátricos y psicológicos emitidos a este efecto sirven de orientación a nuestro trabajo diario.

Como profesionales clínicos que estamos a ambos lados del continuo administrativo-sanitario-social nos vemos implicados en el mismo proceso gestor y a tener en consideración que las decisiones que tomamos tienen repercusiones tanto a nivel micro como macrosocial. Es imprescindible no sólo una sólida preparación técnica sino también una conciencia ética y sentido social de ayuda a la comunidad, ateniéndonos a los principios básicos de la bioética.

De esta reflexión surgen continuamente nuevos temas que nos preocupan y ocupan y que podrían ser objetos de futuras líneas de investigación y trabajo conjunto. Temas como la imparcialidad del clínico en su trabajo ante determinados temas de sensible actualidad. Valga como ejemplo el nuevo escenario multicultural emergente que convierte en pacientes y solicitantes de ayudas a personas residentes en nuestro territorio, procedentes de otros países. Otro ejemplo sería el de la patología dual y la responsabilidad de los individuos en el desarrollo de su trastorno. Se necesita mucha ponderación y sentido común para hacer valoraciones éticas sin faltar a la justicia, valorar adecuadamente la discapacidad de estas personas sin que nuestras opiniones personales aparezcan como una valoración profesional.

Sería interesante profundizar en un método de resolución de problemas éticos fundamentado en tres elementos: la sistematización, el rigor y el sentido común. Sistematización que incorpore elementos clínicos, sociales y laborales, así como sus alternativas. Rigor en cuanto a respeto escrupuloso a la legalidad, competencia clínica extrema y adecuación de la relación solicitante/evaluador. Sentido común para proceder correctamente cuando se produzcan los conflictos de intereses, cada vez más frecuentes en la calificación de minusvalía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Medical Association (1994). *Guías para la Evaluación de las deficiencias Permanentes*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- Barkley, R. A. (2006). The Nature of ADHD. History. En Barkley R. A (Ed.), *Attention Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for diagnosis and treatment* (3ª ed, pp. 375). London: Guilford Press.
- Comunidad Europea. (2002). Tratado constitutivo. Diario Oficial de las CCEE.
- Constitución Española (1978). Boletín Oficial del Estado 29-12-1978.
- Criado, J. J., & Romo B. C. (2003). Variabilidad y tendencias en el consumo de metilfenidato en España. Una estimación de la prevalencia del TDAH. *Revista de neurología*, 37(9), 806-810.
- Delgado, M. T. (2009). Confidencialidad y secreto profesional. En *Curso on line de ética clínica en Atención Primaria*. Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud de Zaragoza.
- González de Rivera, J. L. (1996). La ética del diagnóstico. Aspectos clínicos. *Psiquis*, 17(6), 263-278.
- Gracia, D. (2008). *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Triacastela.
- Gutheil, G. G. (2001). Ética y psiquiatría forense. En Bloch, S., Chodoff, P y Green, S. A. (Eds.), *La ética en psiquiatría*. Madrid: Triacastela.
- IMSERSO. (2000). *Valoración de las situaciones de minusvalía*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- IMSERSO. (2010). *Guía práctica Clínica sobre el TDAH en niños y adolescentes*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Jiménez, A. (2002). *La Discapacidad en Cifras*. Madrid: IMSERSO.
- Ley 13/1982 de 7 de abril de Integración Social de Minusválidos. Boletín Oficial del Estado, 30-4-1982.
- Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de Igualdad de Oportunidades, no Discriminación y Accesibilidad Universal de las Personas con Discapacidad. Boletín Oficial del Estado, 31-2-2003.
- Lopezlbor, J. J. (2010). *Clasificación CIE 10. Trastornos mentales y Comportamiento*. Madrid: Médica Panamericana.
- Orden de 2 de noviembre de 2000 por la que se determina la composición, organización y funciones de los Equipos de Valoración y Orientación dependientes del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales y se desarrolla el procedimiento de actuación para la valoración del grado de minusvalía, dentro del ámbito de la Administración General del Estado. Boletín Oficial del Estado, 17-11-2000.
- Orden de 12 de junio de 2001 del Ministerio de T y AS sobre la creación, composición y funciones de la Comisión Estatal de Coordinación y Seguimiento de la Valoración del Grado de Minusvalía. Boletín Oficial del Estado, 26-6-2001.

- Organización Mundial de la Salud y Grupo del banco Mundial. (2011). *Informe Mundial Sobre la Discapacidad*. Recuperado de www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (1980). *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de Clasificación de las Consecuencias de la Enfermedad*. Madrid: IMSERSO.
- Parguina, G. (2008). Valoración de la Discapacidad por disfunción psíquica. *Rehabilitación*, 42(6), 287-90.
- Pichot, P. (Ed.). (1999). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson.
- Real Decreto 1971/1999 de 23 de diciembre de Procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía (BOE de 26 de enero de 2000). Corrección de errores del RD 1971/1999 (BOE 13 de marzo de 2000).
- Reich, W. (2001). El diagnóstico psiquiátrico como problema ético. En Bloch, S., Chodoff, P y Green, S. A. (Eds.), *La ética en psiquiatría*. Madrid: Triacastela.
- Simón, P. (2005). *Ética en las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de Calidad*. Madrid: Triacastela.
- Vélez, L. A, & Maya, J. M. (2003). *Ética y Salud Pública*. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas.159



RELACIÓN DE AUTORES

Irene Agulló García. Residente de Psiquiatría, Hospital Universitario de La Ribera, Alzira (Valencia).

Manuel Barceló Iranzo. Doctor en medicina; Psiquiatra; Coordinador de Salud Mental del Departamento 7, Hospital La Fe (Valencia).

Vicent Bermejo i Frígola. Doctor en Psicología. Psicólogo clínico en la Unidad de Salud Mental Infantil del Hospital Clínico Universitario de Valencia (USMI GRAO). Agencia Valenciana de Salud. Presidente de la Comisión Deontológica del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.

Beatriz Beseler Soto. Neuropediatra, Hospital Luis Alcanyis, Xàtiva (Valencia).

Fernando Calvo Rigual. Jefe de Servicio de Pediatría del Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva (Valencia). Miembro del Grupo de Investigación en Bioética de la Universitat de València (GIBUV).

Ana M^a Costa Alcaraz. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria Médica del Centro de Salud de Nazaret (Valencia). Profesora Asociada de la Universitat de València. Miembro del GIBUV.

Ana Domènech Almendros. Doctora en Psicología; especialista en Psicología Clínica. Equipo de Valoración y Orientación de Discapacidades. Conselleria de Justicia y Bienestar Social. Generalitat Valenciana.

Mercedes Escrig Giménez. Documentalista. Jefa de sección del Archivo Central de la Conselleria de Sanitat. Máster en Historia del Libro, School of Advanced Studies, London University. Profesora Asociada de la Universidad Politécnica de Valencia.

M^a Jesús Megía Sanz. Doctora en Medicina. Jefa de Programas en Salud Mental de la Agencia Valenciana de Salud Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Master en Bioética. EVES. Profesora Asociada de la Universitat de València. Miembro del GIBUV.

Juan José Moreno Murcia. Doctor en Psicología. Jefe del Servicio de Salud Mental de la Agencia Valenciana de Salud Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana.

Teresa Oliver Climent. Psiquiatra. Hospital Universitario de La Ribera. Alzira (Valencia). Profesora Asociada de Psiquiatría en la Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia.

Gema Pedrón Marzal. Neuropediatra. Hospital Luis Alcanyis. Xàtiva. Valencia.

Francisco José Santolaya Ochando. Doctor en psicología. Psicólogo clínico en la Unidad de Salud Mental del Departamento 04 de Valencia de la Agencia Valenciana de Salud de la Conselleria de Sanitat. Decano del Col.legi Oficial de Psicòlegs de la Comunitat Valenciana.

Juan Carlos Siurana Aparisi. Profesor Titular de Filosofía Moral, en el Departamento de Filosofía del Derecho, Moral y Política de la Universitat de València y Director del GIBUV.

Víctor J. Suberviola Collados. Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Nazaret (Valencia). Miembro del Comité de Bioética Asistencial del Departamento de Salud de Valencia, Clínico Malvarrosa. Miembro del GIBUV.

María Vázquez Costa. Psicóloga especialista en Psicología Clínica. Miembro del GIBUV.

Carlos Vergara Hernández. Enfermero. Doctorando en Ciencias de la Salud (documentación científica).

Tomás de Vicente Muñoz. Jefe de servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de La Ribera, Alzira (Valencia). Profesor Asociado de Psiquiatría en la Facultad de Medicina, Universidad Católica de Valencia.





ÍNDICE DE SIGLAS

- A&HCI: Arts & Humanities Citation Index.
- APS: Atención Primaria de Salud.
- AVD: actividades de la vida diaria
- CEEM: Centros Específicos de Enfermos Mentales.
- CPCIS: Conference Proceedings Citation IndexScience.
- CPCISSH: Conference Proceedings Citation Index Social Science & Humanities.
- CRIS: Centros de Rehabilitación e integración Social de P ersonas con Enfermedad Mental.
- DUI: Duration of Untreated Illness.
- DUP: Duration of Untreated Psychosis.
- MBE: Medicina basada en pruebas.
- EFPA: Federación Europea de Asociaciones de Psicólogos.
- FI: Factor de Impacto.
- GAF: Escala de Funcionamiento Global.
- GIBUV: Grupo de Investigación en Bioética de la Universitat de València.IEPA: International Early Psychosis Association.
- IT: incapacidad transitoria.
- JCR: Journal Citation Reports.
- OMS: Organización Mundial de la Salud.
- PEP: Primer Episodio Psicótico.
- PIR: Psicólogo interno residente.
- SCIEXPANDED: Science Citation IndexExpanded.
- SSCI: Social Science Citation Index.
- TCC: Terapia cognitivoconductual.
- TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
- TRP: Técnicas de resolución de problemas.
- UCA: Unidad de Conductas Adictivas.
- USM: Unidad de Salud Mental.
- WoS: Web of Science.
- WPA: World Psychiatric Association.163

A

Análisis de contenido, 44, 46, 50

APS, 84, 85, 86, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97

Autonomía, 4, 7, 8, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 26, 28, 50, 58, 59, 60, 63, 67, 73, 74, 81, 87, 104, 105, 122, 124, 125, 134, 135, 138, 150, 151, 153

B

Beneficencia, 4, 17, 18, 21, 22, 23, 28, 57, 104, 105, 106, 138, 149, 150, 152, 153

Bibliometría, 43

Bioética, 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 14, 16, 17, 22, 27, 28, 29, 30, 38, 39, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 52, 59, 60, 61, 67, 70, 82, 104, 134, 140, 152, 157

C

Capacidad, 4, 7, 17, 18, 19, 20, 31, 32, 34, 38, 40, 58, 64, 78, 87, 91, 93, 108, 121, 125, 138, 141, 144, 145, 146, 147, 149, 151, 152, 155

Código Deontológico, 68, 70, 72, 73, 77, 78, 79

Código Deontológico del Psicólogo, 68, 70, 72, 77

Consentimiento informado, 15, 18, 20, 41, 50, 58, 67, 68, 76, 77, 78, 80, 104

Cosificación, 121, 123, 129, 131, 132, 133

D

Deficiencia, 121, 139, 141, 144, 145, 155

Derechos Humanos, 28, 59, 67, 153

Diagnóstico Precoz, 91, 114, 149

E

Escucha activa, 92

Ética, 1, 7, 8, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 24, 26, 27, 28, 29, 30, 32, 35, 36, 37, 43, 50, 58, 59, 61, 67, 68, 74, 78, 80, 81, 101, 114, 132, 136, 138, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 155, 156, 157, 158

I

Indicadores bibliométricos, 45, 46
Infancia, 63, 123, 124, 131, 132
Informe psicológico, 69, 70, 78, 79
Internamiento involuntario, 39, 41

J

Justicia, 2, 17, 18, 23, 24, 26, 28, 50, 57, 59, 60, 86, 91, 98, 104, 136, 138, 149,
150, 153, 156

N

No-maleficencia, 21, 22, 138, 104, 150, 152, 153

P

Paternalismo, 13, 14, 15, 18, 23, 35, 60
Pluridiscapacidad, 121, 123, 124, 128, 129, 130, 133, 134
Prevención primaria, 55, 56, 62, 64, 94, 102
Psicología clínica, 69, 81, 85, 95, 97

R

Reconocimiento recíproco, 30, 84, 97, 98, 122, 123
Repercusión científica, 43, 44, 46, 47, 48, 49, 50
Revistas científicas, 44, 45, 46, 48, 49

S

Salud Mental, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 50, 55, 57, 59, 62, 153

U

USM, 84, 85, 86, 88, 89, 90, 91, 94

V

Virtud, 7, 25, 26, 27, 31, 126
Vulneración deontológica, 70, 72, 80



9 788448 258450



GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT