

BIOETICA Y PSIQUIATRIA

Tesina realizada por
LOURDES MENDIBURU BELZUNEGUI
para optar al título de
MASTER de BIOETICA, por el ICEB
Director de la tesina:
Juan de Dios Serrano Rodríguez

INDICE

Prólogo.....	1
1. Introducción. Perspectiva histórica. Fundamentos filosóficos de la ética en psiquiatría.....	2
2. El diagnóstico psiquiátrico como problema ético.....	15
3. Consentimiento informado en psiquiatría. Evaluación de la competencia del enfermo mental.....	23
4. Aspectos éticos del tratamiento en psiquiatría. Implicaciones éticas de la participación del paciente psiquiátrico en su tratamiento	46
5. Dilemas éticos en la integración y rehabilitación del paciente psiquiátrico....	62
6. Aspectos éticos en el informe psiquiátrico. Ética y psiquiatría forense.....	70
7. Confidencialidad en psiquiatría: secreto médico y protección de datos sanitarios en la práctica psiquiátrica.....	89
8. Códigos de ética en psiquiatría. Los derechos humanos del enfermo mental.	112
Apéndice Documental.....	133

PROLOGO

Este trabajo de investigación, preceptivo para completar el Master de Bioética del ICEB, lo he dedicado al tema BIOETICA Y PSIQUIATRIA. Aprovechando que, desde hace aproximadamente cuatro años estoy trabajando como Médico Internista en el HOSPITAL PSIQUIATRICO de BERMEO, Hospital de 205 camas, con un centro de día anexo, y con pacientes de larga estancia, enfermos potencialmente rehabilitables e incluso una pequeña unidad de demencias (UDE) con pacientes totalmente dependientes, la mayoría de ellos con sondas de alimentación. Todo este espectro de pacientes me ha "abierto los ojos" a la psiquiatría y me ha hecho ver los abundantes dilemas éticos que se me presentan en la practica diaria no sólo para el psiquiatra como también para la medico internista (para mí en este caso).

Con este trabajo quiero realizar una revisión, profundizando en textos publicados, así como en revistas especializadas, habiendo realizado búsquedas bibliográficas: una de ellas cruzando "Bioética" con una explosión de psiquiatría y/o trastornos mentales y/o salud mental. La otra búsqueda se ha realizado con la palabra "ethic" como palabra clave en el EMBASE de psiquiatría.

Para desarrollar esta revisión he tratado de seguir el proceso asistencial (desde el diagnóstico, hasta los diversos tratamientos posibles, incluido la integración y rehabilitación del paciente psiquiátrico, siempre que esto sea posible) desde el punto de vista ético. Así; los diversos capítulos los he estructurado de la siguiente manera: en el primero realizare una introducción a la materia con un recorrido histórico, así como un breve recuerdo de los fundamentos filosóficos de la ética en psiquiatría, según los diversos modelos de bioética existentes. En el capítulo segundo, revisaré el diagnostico en psiquiatría como problema ético. El capítulo tercero trata del Consentimiento Informado (CI) en psiquiatría, previo para aplicar cualquier prueba diagnóstica, o una vez realizado el diagnóstico, el tratamiento indicado a cada paciente o la realización de un informe pericial psiquiátrico; inseparablemente unido al CI está la valoración de la capacidad de decisión (competencia) del paciente. En el capítulo cuarto revisaré los aspectos éticos del tratamiento (y sus diversas formas) en psiquiatría. El capítulo quinto tratará de la rehabilitación del paciente mental y los dilemas éticos que ello lleva consigo. Al psiquiatra se le solicita tras todo el proceso asistencial, y con diversos fines, un informe psiquiátrico; de ello trataré en el capítulo sexto. En el capítulo séptimo trataré de la confidencialidad en psiquiatría, que debe estar presente a lo largo de todo el proceso asistencial, y de los informes psiquiátricos. Finalmente, en el capítulo octavo revisaré los códigos éticos a lo largo de la historia, en su relación con la psiquiatría; así como el desarrollo de los derechos humanos del enfermo mental. Como apéndice a este último capítulo, se exponen los códigos o declaraciones más importantes en relación a la psiquiatría.

He de agradecer a los laboratorios farmacéuticos GSK, Juste, Esteve, Duphar, Nezel, y Pharmacia por facilitarme los textos básicos para la elaboración de este trabajo; así como a la psicóloga M^a Asun Garay, del hospital de Bermeo y a la bibliotecaria del Hospital de Zamudio, Marian Pérez por su trabajo en la búsqueda bibliográfica.

No puedo dejar de agradecer al director de mi tesina, Juan de Dios Serrano, su ayuda, impulso, sugerencias e interés en la elaboración de este documento.

Lourdes Mendiburu

CAPITULO I: INTRODUCCION, PERSPECTIVA HISTORICA. FUNDAMENTOS FILOSOFICOS DE LA ETICA EN PSIQUIATRIA

1. INTRODUCCIÓN

Actualmente nadie se plantea el por qué de la necesidad de la ética en la práctica psiquiátrica. Los autores más reconocidos a nivel internacional han publicado una tercera edición de su libro “La ética en psiquiatría” (Paul Chodoff y Sidney Bloch, asociando en esta última edición al Dr. Stephen Green). Estos autores nos confirman la buena acogida del discurso ético en psiquiatría: múltiples conferencias y congresos sobre el tema, la incorporación de la ética a los programas teóricos de la psiquiatría general y las subespecialidades psiquiátricas, numerosas publicaciones en revistas y libros sobre diversas facetas de este campo, la aparición de la nueva revista “Philosophy, Psychiatry and Psychology”, así como la creación de grupos específicos dentro de asociaciones nacionales como el Royal College of Psychiatrists británico y el Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Se puede afirmar que la ética psiquiátrica ha conseguido una posición firme en los asuntos psiquiátricos.(1).

En nuestro país, la Asociación Española de Neuropsiquiatría eligió el tema “ETICA Y PRAXIS PSIQUIATRICA” para su congreso del año 2000, cuyo libro de ponencias, constituye un “clásico” en este tema, según Diego Gracia. (2).

Asimismo textos que abordan temas más específicos dentro de la Ética y Psiquiatría y que me han servido para realizar esta revisión son: El consentimiento informado en psiquiatría (Jesús Sánchez-Caro y Javier Sánchez-Caro). Psiquiatría y derechos humanos (JJ Arechederra Aranzadi), informes periciales en psiquiatría (JJ Arechederra Aranzadi). El consentimiento en la utilización de fármacos, con un apartado específico para los psicofármacos (Manuel Amarilla y Cecilio Álamo). Confidencialidad en psiquiatría. Guía breve (A.S.E.D.E.F).

Exponente del interés de este tema es la existencia de un congreso sobre Ética y Psiquiatría en primavera-2003 en Roma en el Ateneo Pontificio “Regina Apostolorum” o las X Jornadas Nacionales de Bioética San Juan de Dios, que este año llevan el título “Ética ante la fragilidad” 6 y 7. Junio 2003. Málaga.

Así pues, sean cuales fueran los fundamentos antropológicos de la ética que un psiquiatra tenga en consideración, (y que posteriormente abordaremos), hay una serie de problemas éticos comunes: la forma de evaluar los costes y beneficios morales de sus acciones; el modo de mantener la confidencialidad en situaciones de conflicto de lealtades; cómo conseguir el consentimiento del paciente para los procedimientos terapéuticos; la definición de los límites de la labor profesional sin caer en la arrogancia ni en la cicatería; cómo encontrar un equilibrio entre el carácter igualitario del contrato y el paternalismo benevolente; cómo satisfacer los intereses de los pacientes, de la familia, de la comunidad; cómo evitar la discriminación y el abuso de los pacientes ó cómo defenderlos cuando a menudo carecen de poder y de derechos, etc.(1).

Como recalca un autor español, entre las preguntas éticas que se plantea un psiquiatra están las siguientes: ¿Miramos (los psiquiatras) la relación riesgo/beneficio al indicar la hospitalización psiquiátrica?, ¿Se atenta a la dignidad de la persona al utilizar la contención mecánica? ó ¿al aislar al paciente del medio social durante más tiempo del estrictamente necesario? ó ¿si a los pacientes crónicos, por una supuesta laborterapia se les ocupa en las labores más ingratas?, ¿se cuenta con la aparición de disquinesia tardía al prescribir

neurolépticos a largo plazo?, y ¿se advierte suficientemente a los pacientes de los efectos secundarios de los fármacos?; en la psicoterapia, existe el riesgo de influir en creencias y valores del paciente: ¿nos preguntamos si nuestra influencia está siendo abusiva y estamos manipulando al paciente?, en investigación: ¿se valora la relación riesgo/beneficio para los pacientes?, etc.

Además, para valorar cualquier aspecto ético en psiquiatría, hay que tener en cuenta cuatro características de esta disciplina:

1. El psiquiatra tiene que valorar el estado mental de otros y emitir un juicio, lo cual implica gran responsabilidad porque puede suponer una estigmatización de por vida o porque el diagnóstico conduzca a una pérdida legal de libertad: en psiquiatría la neutralidad es difícil de mantener.
2. La psiquiatría está cargada de ambigüedades: es difícil precisar los límites de la normalidad psíquica; en el fenómeno psicopatológico coexisten lo biológico y lo psicosocial, lo cual dificulta su aprehensión objetiva.
3. El objeto de la psiquiatría es la conducta humana, frente a la cual no es posible que el paciente ponga distancia, ya que sujeto y trastorno son una misma cosa (las psicosis se caracterizan generalmente por una falta de conciencia de enfermedad). El paciente psiquiátrico ofrece al examen su malestar, su intimidad y su propia historia.
4. En psiquiatría la relación médico-paciente es un instrumento de exploración y de tratamiento (la situación de indefensión del paciente puede ser mayor aún que en otras ramas de la Medicina). (3).

Por otro lado, si es aún difícil la introducción de normas y protocolos que garanticen la eticidad de la práctica médica en general, es fácil adivinar las resistencias, las trabas, las confusiones en la atención psiquiátrica, donde los pacientes más graves –los psicóticos- han sido considerados, cuando menos, unos menores más ó menos perversos precisados de tutela de por vida, y los menos graves –los neuróticos-, unos inmaduros inestables y de poco fiar. (4).

En un estudio sobre actitudes de los psiquiatras en su práctica (estudio internacional, que en España se pasó al 50% los psiquiatras), el 18% de los psiquiatras españoles encuestados consideran que en España no se respetan los derechos de los pacientes. Entre 13-16% conocen casos de abusos por motivos ideológicos o raciales. El porcentaje de los psiquiatras que conocen la existencia de abusos sexuales a pacientes es del 58%. Los psiquiatras encuestados tienden a adoptar una ética paternalista en la que prima la supuesta protección del paciente visto como un incapaz, sobre el respeto a sus derechos como persona. (5).

En nuestro país, la preocupación por las cuestiones éticas es reciente, surge sobre todo como un mecanismo defensivo de los médicos frente a la judicialización de la sociedad, y por el aumento de exigencias de una población que se ha hecho más culta, más concedora de sus derechos. A modo de propuesta, los principios éticos no pueden reducirse a una declaración de intenciones. El conocimiento de la legalidad, y de los imperativos éticos que acechan la práctica psiquiátrica (sea en Hospital de Día, Centros de Salud Mental, en psicoterapia, o en Unidades de Hospitalización) se hace imprescindible para los profesionales de la salud mental; por el respeto que se debe a unas personas más vulnerables, por una mayor seguridad, y para favorecer la profesionalidad del psiquiatra. (4).

Como botón de muestra, basta señalar un reciente artículo publicado en EL MUNDO, donde la OMS denuncia que los enfermos internados en centros psiquiátricos sufren violaciones de los derechos humanos que van desde la falta de respeto a la privacidad hasta la exposición a graves tratamientos degradantes; señala la OMS que estas violaciones se dan tanto en países industrializados como en países en vías de desarrollo. (6).

2. PERSPECTIVA HISTORICA

Desde los años setenta se ha analizado el estudio formal de la ética en psiquiatría; convirtiéndose en una nueva disciplina, considerando el papel del terapeuta, la naturaleza de la enfermedad mental y el medio cultural-religioso-social en que conviven paciente y terapeuta.

Antes de la segunda mitad del siglo XX existían pocos estudios formales de este tipo; falta de atención comprensible, porque la psiquiatría como profesión sólo se ha constituido en forma de especialidad médica recientemente, y porque los códigos existentes en la Medicina en general, eran útiles al aplicarlos a la Psiquiatría (en gran parte del s. XIX).

Los espectaculares cambios que se han dado en el campo de la psiquiatría desde la 2ª Guerra Mundial, han hecho que se prestase una especial atención a las cuestiones éticas particulares de esta disciplina.

Realizaremos un breve repaso desde el período grecolatino hasta nuestros días.

a) Período Grecolatino

En el Juramento Hipocrático, no se menciona la locura, sí hace referencia a la primacía de la salud del paciente y a la confidencialidad. En el mundo griego apenas existían disposiciones legales para los locos. La ley romana, en cambio, preveía la administración fiduciaria de la propiedad de una persona incompetente y otras limitaciones de sus derechos. Para aquellos que eran sometidos a tratamiento médico la severidad del mismo ó las limitaciones de la libertad eran prerrogativas del médico, y poco ó nada podían objetar el paciente ó su familia. Durante siglos los pacientes considerados locos siguieron recibiendo cuidados de forma aleatoria hasta el desarrollo de sistemas más convencionales y elaborados, primero con los hospitales y mucho más tarde, y sólo desde el siglo XX, con los diversos tipos de asistencia que son posibles cuando existe una amplia profesión dedicada a la salud mental.

b) La Edad Media y El Renacimiento

La Edad Media no supuso avances médicos para la enfermedad mental; de hecho la principal influencia sobre las actitudes hacia el enfermo mental provenía de la religión. Así, el profeta Mahoma proclamó que los locos eran los amados de Dios, especialmente elegidos por él para proclamar la verdad.

Se crearon hospitales y se constituyó una profesión médica bien instruida en el mundo musulmán, lo cual sugiere que el Islam se inclinaba por el cuidado humanitario de los enfermos. Se elevó el estatus del paciente al mismo nivel, como mínimo, que el del terapeuta, raro evento en la historia de la psiquiatría.

La tradición judía reflejada en el Talmud, describía a los locos como víctimas de una enfermedad, no de una posesión.

BIOÉTICA Y PSIQUIATRÍA. LOURDES MENDIBURU.

Las órdenes religiosas cristianas ofrecían un tratamiento humanitario, aunque limitado, a las personas con trastorno mental, pero fuera de los monasterios, los recursos existenciales europeos iban reduciéndose a consecuencia del paulatino deterioro del Imperio Romano. Hacia el final de la Edad Media se crearon hospitales para enfermos mentales, existían médicos y cuidadores humanitarios y se iban a multiplicar en número en los siglos XVI y XVII.

En algunos casos específicos la asistencia legal de los locos fue al parecer, sopesada y analizada. Se fue desarrollando un patrón de distinción razonable entre entidades congénitas y transitorias, de protección de los bienes e intereses de las personas consideradas incompetentes, y de rechazo a comportamientos punitivos o crueles.

En los hospitales de las órdenes monásticas los locos recibían una buena asistencia, de acuerdo con el aforismo de San Benito: “El cuidado de los enfermos ha de situarse por encima y por delante de cualquier otro deber”. Al suprimirse las ordenes monásticas en las naciones protestantes, el cuidado de los enfermos se resintió.

En general, en la Edad Media, el contexto ético en el que se tomaban las decisiones era la tradición religiosa local, lo cual podía suponer la exaltación de la caridad y comprensión, o bien justificar la adopción de medidas rigurosas, si existía la sospecha de posesión demoniaca.

c) Del Siglo XVII a la Revolución Francesa

Los dos siglos previos a la revolución francesa fueron un período de mayor creación de hospitales pero sin clara mejoría en la asistencia al enfermo mental. La hipótesis lesional, cerebral o de otro origen corporal como causa de la enfermedad mental, dio origen a terapias opuestas. La corrección de lesiones específicas justificaba las terapias más potentes y destructivas, mientras que los tratamientos suaves se defendían en la creencia de que terapias extenuantes deteriorarían la capacidad natural para restablecer la salud (esto último era lo más frecuente en los hospitales gestionados por órdenes religiosas). Pero en general, los terapeutas del siglo XVIII consideraban que su trabajo era difícil y que eran necesarios procedimientos violentos (sangrías, calor, purgas, aislamiento, golpes, intimidación, etc.).

Tanto la Revolución francesa como la americana, dieron una nueva importancia al individuo en cuanto a sus derechos en el orden secular. ; el paciente sería víctima de un medio social y explotador. El hecho de atribuir las culpas a la sociedad exoneraba al enfermo, indicaba que la asistencia podía tener lugar en forma socializada y fomentaba una visión optimista del pronóstico, al menos durante el apogeo de la Revolución. En este sentido destaca Philippe Pinel, que adoptó actitudes más humanas que sus predecesores; creía que eran precisas pocas restricciones si se trataba a los pacientes con un respeto fundamental hacia su individualidad y dignidad.

Benjamín Rush, el padre de la psiquiatría norteamericana introdujo mejoras en el tratamiento de los pacientes a su cargo, en el hospital de Pensilvania, en Filadelfia. Ideó contenciones (para los pacientes hiperactivos y amenazantes) como la “silla tranquilizadora” que impedía los movimientos capaces de ocasionar un daño al paciente, al tiempo que reducía el flujo sanguíneo hacia el cerebro de acuerdo con sus teorías sobre la locura.

d) **El Siglo XIX**

En 1803 el Dr. Thomas Percival publica una declaración de ética médica con el objetivo inmediato de reducir las disputas existentes entre los médicos del Hospital de Manchester (código de ética y honor profesional). Pero sus comentarios acerca de la situación de los enfermos mentales ponen de manifiesto el conflicto entre una asistencia humanitaria y la

necesidad de preservar el orden: por ejemplo justifica la utilización de la “camisa de fuerza” para evitar castigos corporales aunque deseaba ser amable, creía que el médico que poseyera conocimientos específicos sobre los locos podía emprender acciones que pudieran parecer “cruels” a los médicos jóvenes con escasa experiencia.

Pero no quería que estos consejos se aplicasen con rigidez. Advertía que “es más acorde a la probidad errar por precaución que por temeridad”. Percival se esforzó en fomentar las inspecciones estrictas de los manicomios para comprobar lo adecuado de la asistencia y que nadie fuera ingresado sin un certificado médico así como la protección legal de los enfermos.

La American Medical Association constituida en 1847, adoptó un código de ética basado en la obra de Percival. La única referencia a los manicomios es una enumeración de las diversas instituciones que deben interesar a las autoridades tales como hospitales, escuelas, prisiones.

- d.1. *La aportación de Hooker*

Dos años después de la aprobación del código antes descrito, Worthington Hooker médico de Connecticut, publicó un estudio, reconocido cada vez más como un estudio pionero en la ética médica de los Estados Unidos. Dicho estudio tiene dos capítulos relacionados con la psiquiatría. En dichos capítulos, Hooker aboga por el confinamiento de las personas mentalmente enfermas y confiar en un “régimen”, o en la regulación de sus entretenimientos y sus ocupaciones físicas y mentales, dando realmente un pequeño papel a la medicina.

Recomendaba tratamientos precoces; para establecer si una persona estaba demente, Hooker era partidario del sistema francés, en el que un comité de expertos tomaba la decisión, tras una exploración llevada a cabo durante varios días; lamentaba que muchas veces la última palabra correspondiera a las autoridades policiales.

-d.2. *El hospital como almacén de seres humanos*

En varias décadas posteriores pocos problemas se plantearon en relación a pacientes psiquiátricos. El paciente internado tenía pocos derechos, y el primitivo estado de la psiquiatría implicaba un tratamiento que consistía, sobre todo, en el internamiento de los pacientes hasta que su comportamiento fuera normal, o al menos mejorara, hasta que su familia se lo llevara o falleciera. La atención personalizada era costosa y requería una gran dedicación. Los intentos de contactar con los pacientes con una supervisión cercana y amable, no podían sobrevivir a las oleadas de pesimismo acerca de la posibilidad de curación, la sobrecarga de pacientes sufrida por los cuidadores y la degradación de los hospitales hasta llegar a convertirse en “almacenes de seres humanos”.

Los supervisores de los manicomios americanos abogaban especialmente en favor de su derecho a tomar la mayoría de decisiones relacionadas con sus pacientes, desde el internamiento hasta la forma de organizar el hospital.

-d.3. *El caso Packard*

Existían ocasionalmente dramáticos errores cometidos en el internamiento de los pacientes, fue particularmente notable el caso de la señora E.P.W. Packard internada en una institución de Illinois por su marido, un pastor protestante, quien consideraba peligrosas las creencias religiosas de su esposa (temía que su esposa corrompiese a sus hijos con sus ideas liberales). Los administradores la pusieron en libertad tras unos años, pero su marido la retuvo en su domicilio y trató de volver a internarla. En 1864, tras un juicio, fue declarada sana.

Entonces ella emprendió una campaña para evitar que cualquiera pudiera ser internado sólo por expresar unas opiniones.

-d.4. Experimentación con nuevos procedimientos

Se suscitaron cuestiones éticas ante la creciente experimentación de nuevos procedimientos e intervenciones.

Hubo tres casos especialmente criticados por médicos de EEUU y de Inglaterra (hoy los consideraríamos abusos en la investigación), a saber: 1. En Ohio el doctor Bartholow estudió el efecto de la estimulación eléctrica sobre la superficie cerebral expuesta a través del cráneo ulcerado de una paciente. La enferma falleció pocos días después. El Dr. Bartholow negó toda relación del experimento con su muerte, pero afirmó que no lo repetiría más.

- En Maryland, el Dr. Rohé, supervisor de un hospital de enfermos mentales realizó un trabajo acerca de las intervenciones sobre órganos genitales femeninos en ciertos casos de enfermedad mental.

-Una intervención similar realizó el Dr. Hobbs en Ontario.

Estas dos últimas (como la primera) fueron rápidamente cuestionadas, ética y científicamente por el Dr. Rusell.

En general en el siglo XIX hay una atmósfera de pesimismo en cuanto a la curación de la enfermedad mental, que también eclipsó las preocupaciones éticas (incluso el ya citado Benjamín Rush describía a los pacientes con comportamientos extraños como semejantes a animales dignos de ser “domados” como si fueran fieras salvajes).

e) El Siglo XX

Al llegar al siglo XX la psiquiatría y profesiones relacionadas, se encontraban en pleno desarrollo, manifestando un gran optimismo, basado en los avances en la investigación biológica y la psiquiatría psicodinámica y social. Todavía había mucho paternalismo, en la aplicación de estos nuevos tratamientos. La psiquiatría se empezó a decantar en favor de las terapias y la búsqueda de métodos de curación abandonando el enfoque asistencial.

En la segunda mitad del siglo XX y, fundamentalmente a partir de 1980 tiene lugar la reforma psiquiátrica, que, al menos en nuestro país conlleva la reconversión y/o cierre de muchos “manicomios” para crear una red de atención primaria (centros de salud mental) con el fin de acercar a los pacientes mentales a la comunidad: prestación de atención psiquiátrica en los hospitales generales, centros de día, centros orientados más a la rehabilitación que a la pura reclusión, con todo el cambio sociológico que conlleva este nuevo modelo.

e.1. La crisis de confianza en la capacidad de la psiquiatría

Los abusos de la psiquiatría al servicio de estados totalitarios minaron la confianza de la población (casos de la Alemania nazi y la antigua Unión Soviética). La caída del comunismo en el este de Europa ha reavivado el desarrollo profesional de la psiquiatría. El amplio uso de la psicocirugía para tratar ciertos procesos en todos los países desarrollados (entre 1935 y 1955) también debilitó la confianza en la psiquiatría. Sólo en Inglaterra, Gales y EEUU, en el período antes dicho se realizaron lobotomías ó técnicas similares en unos 30.000 pacientes. La psicología dejó de tener auge ante la oposición a dichos procedimientos, y, sobre todo, la existencia de nuevos fármacos psicotropos.

La antipsiquiatría, obtuvo por primera vez un peso significativo en la década de 1960. Los antipsiquiatras opinaban que la esquizofrenia no era una patología; y que la represión de

la conducta de los pacientes sin su consentimiento era contraria a la ética. Pero, las investigaciones realizadas en las últimas décadas del siglo XX apoyando la existencia de determinantes biológicos ó genéticos en muchas enfermedades mentales, han contribuido a rechazar la consideración de éstas como meros constructos sociales.

No obstante, la antipsiquiatría ha creado mucha desconfianza hacia la competencia de los psiquiatras.

e.2. Nuevas cuestiones éticas en la práctica de la psiquiatría

Fundamentalmente son tres:

1. Dudas hacia la eficacia de la psicoterapia. Desde 1950 ha habido un “ataque contra Freud”, acusando a la psicoterapia de “no científica”. Hay estudios que indican que la psicoterapia es efectiva para muchas neurosis (no se sabe exactamente el mecanismo). Ello, junto con la aparición de otros tratamientos psicofarmacológicos, ha provocado la aparición de problemas éticos acerca de la legitimidad de la psicoterapia por un lado, y del posible abuso del tratamiento farmacológico, por otro. También se admite, cada vez más, que tanto la psicoterapia como el psicoterapeuta son todo, menos neutrales en cuanto a valores se refiere (tema que abordaremos más adelante).

2. La “nueva economía” de la medicina. La gestión asistencial ha suscitado dilemas al insistir en las opciones terapéuticas con una mayor rentabilidad y más “necesarias desde el punto de vista médico”. El recorte de gastos en salud mental, para proporcionar asistencia al mayor número posible de pacientes, es un deseo noble pero plantea problemas éticos.

3. La aparición de nuevos fármacos. Implicaciones éticas de los posibles “fármacos de diseño” en el futuro, inductores de significativos cambios en la personalidad a voluntad, son grandes, como también lo es la pregunta de quién debería prescribirlos. (7)

3. FUNDAMENTOS FILOSOFICOS DE LA ETICA EN PSIQUIATRIA

Como es conocido, Van Rensselaer Potter fue el primero que utilizó el término Bioética en su obra publicada en 1971 y lo definió como la parte de la Biología que se ocupa de emplear los recursos de las ciencias biológicas de modo que se obtenga, con su uso concreto, una mejor calidad de vida. No obstante, este término fue empleado en un sentido más amplio por otros autores y de esta forma quedó establecido para referirse a todas las consideraciones éticas inherentes en el cuidado de la salud y las ciencias biológicas.

En la concepción de Potter la bioética parte de una situación de alarma y de una preocupación crítica ante el progreso de la ciencia y de la sociedad que olvida cuál es el motivo por el que persigue esos logros científicos y tecnológicos: el ser humano, cada ser humano, un ser humano en concreto.

Resumiendo, resulta claro que el origen de la bioética está muy relacionado con algunos acontecimientos ocurridos en EEUU.

Los principales hitos que marcan los inicios de la bioética son: el informe Belmont en el que se señalan por primera vez los principios bioéticos, y en cuyo origen se encuentran los abusos cometidos en la investigación con seres humanos; y la influencia en la toma de decisiones de las personas ajenas a las Ciencias de la Salud como filósofos y los propios pacientes.(8).

En la aportación filosófica me voy a detener algo más. Y es que, según la concepción antropológica que tengamos del hombre, la bioética que utilicemos va a ser diferente.

Los diversos modelos de bioética actuales parten de sus correlativos modelos filosóficos. En la Edad Moderna, a partir del discurso de Descartes, que diferenciaba la “res

cogitans” y la “res extensa”, da lugar por un lado al empirismo (Hume), posteriormente a Hobbs y Locke, y de ahí procede el contractualismo, por ejemplo de Engelhardt (pragmático-utilitarista): es ético lo que es útil; atención a la relación coste-beneficio; el fin justifica los medios. Por otro lado, el racionalismo, que con el tiempo da lugar a la bioética subjetivista (Kant, Hegel), el idealismo alemán. También en este modelo subjetivista confluyen varias corrientes: liberalismo ético (Marcuse), existencialismo nihilista (Sartre); el autor actual más significativo es Singer (utilitarismo a ultranza). También, dentro del subjetivismo tendríamos al principialismo inicial (de Beauchamp y Childress; ya que, aunque hablan de unos principios, estos no tienen jerarquía, lo cual, en el fondo conduce al subjetivismo).

El modelo personalista (personalismo ontológico y la ética de virtudes), hunden sus raíces en la filosofía realista del siglo XIX, que entronca a su vez con la filosofía aristotélico-tomista.(9). Este modelo personalista (Maritain, Spaeman, Sgreccia, entre otros) hunde sus raíces en el hecho de que el hombre es persona porque es el único ser en el que la vida se hace capaz de “reflexionar” sobre sí misma, de autodeterminarse. Razón, libertad y conciencia representan una “creación emergente” irreductible al flujo de las leyes cósmicas y evolucionistas. Los principios fundamentales de la bioética personalista son: el principio de defensa de la vida física; el principio de libertad-responsabilidad; el principio de totalidad o principio terapéutico, finalmente el principio de sociabilidad y subsidiariedad.(10).

Siguiendo con la historia de la bioética merece especial mención el trabajo realizado por los filósofos Beauchamp y Childress titulado “Principios de Ética Biomédica” por la amplia repercusión en la bioética en EEUU y en el resto del mundo. En dicho libro se establecieron los principios que siempre deberían ser respetados en la ética biomédica: no-maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia.

Se trata de una adaptación de la teoría de los principios “prima facie” de Ross y que rápidamente fue adaptada por los profesionales de la salud para poder resolver los diversos dilemas éticos. Tom Beauchamp, que participó en la elaboración del informe Belmont en el cual se hacía referencia sólo a tres principios, llegó a la conclusión junto a Jim Childress de la necesidad de diferenciar un cuarto principio, el de “no-maleficencia”, del mismo modo, que de la necesidad de aplicar estos principios a toda ética biomédica y no sólo a la ética de la investigación. Este modelo de bioética es llamado “principialismo”. En nuestro país, el psiquiatra Diego Gracia, adopta un principialismo moderado. (8).

Existe una autora reciente (María Elósegui) que, en su libro: Fundamentos de la bioética y necesidades actuales, propugna una metodología integrada entre los principios del principialismo y los del personalismo ontológico: Así, el principio de no-maleficencia se podría equiparar al de defensa de la vida física; el de beneficencia con el principio terapéutico; el de autonomía con el principio de libertad-responsabilidad y el de justicia con el de subsidiariedad. (9).

A partir de ahora voy a seguir a Tom L. Beauchamp en el libro “La ética en psiquiatría” (Bloch et al); describe algunas teorías éticas y su aplicación a la psiquiatría, a saber:

1. Las teorías utilitaristas

Para estos autores el objeto de la moralidad es favorecer el bienestar humano; una acción es correcta si conduce a maximizar las consecuencias positivas ó minimizar las consecuencias negativas. Presentan cuatro rasgos esenciales: el principio de utilidad, el estándar de bondad (para algunos serian bienes primarios, para otros, satisfacción de deseos), consecuencialismo e imparcialidad.

Muchos filósofos se oponen al utilitarismo de acto acusando a sus partidarios de basar la moralidad en la mera conveniencia. Según las razones de un utilitarista de acto, dicen, es conveniente que un psiquiatra desvele información confidencial a la familia o a la policía si

así libra de un peso a dicha familia o a la sociedad, ocasionando el mayor bien al mayor número de personas.

En el utilitarismo, con frecuencia aparecen dilemas que suponen conflictos entre las normas morales, por ejemplo conflicto entre las reglas de Confidencialidad y las que protegen el bienestar individual o social.

2. Teorías Kantianas

El principio supremo de Kant es el “imperativo categórico”. El punto de vista de Kant es que las acciones injustas, incluyendo la invasión de la privacidad, la sustracción y la eliminación manipulativa de información son “contradictorias”, es decir, no son conformes a aquello que los mismos deberes presuponen. En la ética contemporánea se formula la ética de Kant de la siguiente manera: “se debe actuar tratando a todos las personas como fin y nunca sólo como un medio”. Cuando se busca a voluntarios sanos para una investigación, el consentimiento de esas personas, justifica su utilización. El imperativo de Kant sólo requiere que las personas sean tratadas en tales situaciones con el respeto y la dignidad moral a la que todo el mundo tiene derecho.

3. Ética de la virtud (Thomasma, Pellegrino)

Procede de la tradición clásica griega (Platón y Aristóteles) que consideraron el cultivo de los rasgos virtuosos del carácter como la nota central de la vida moral.

Esta ética de la virtud puede parecer sólo de interés intelectual, pero tiene un valor práctico: es más probable que una persona moralmente buena, con deseos o motivos rectos, entienda lo que se debería hacer, realice los actos exigidos y elabore ideales morales, en contraposición con lo que puede esperarse de una persona mala o indiferente.

4. La ética del cuidado

Amplía algunos temas de la ética de la virtud centrados en la primacía del carácter, se focaliza en rasgos de las relaciones personales íntimas, como la simpatía, la fidelidad, el amor y la amistad. En esta teoría están llamativamente ausentes las reglas morales universales y las valoraciones imparciales.

Esta ética puede tener una presencia vigorosa en la ética psiquiátrica, pero no se puede generalizar ya que la conducta que en un determinado contexto es cuidadosa, en otro puede estar irrumpiendo en la intimidad o resultar ofensiva. La ética del cuidado es más importante, en el ámbito sanitario, en el caso del médico y personal de enfermería.

5. La casuística

Se centra en la toma de decisiones utilizando casos particulares, donde los juicios a los que se llega tienen en cuenta los alcanzados en casos previos. Los casuistas son escépticos respecto a la capacidad de los principios y de la teoría para resolver problemas en casos específicos. Piensan que muchas formas del pensamiento y del juicio moral no implican apelar a normas generales, sino más bien a narraciones, ejemplos paradigmáticos, y precedentes establecidos por casos previos (es análoga a la jurisprudencia en el caso del

derecho). Contiene ideas prácticas respecto al método en ética, no teniendo importancia sustantiva en psiquiatría.

6. Sistema de preceptos morales propugnados por Beauchamp y Childress

Son las que ya se han referido previamente. Beauchamp los describe de esta manera:

1. Respeto a la autonomía (respeto a la capacidad de una toma de decisión de las personas autónomas).
2. No-maleficencia (evitar causar daño).
3. Beneficencia (proporcionar beneficios y que éstos compensen los riesgos).
4. Justicia (imparcialidad en la distribución de los beneficios y riesgos).

Estos principios proporcionan un marco mediante el cual podemos identificar problemas morales y reflexionar sobre ellos. Los principios abstractos por sí solos no poseen suficiente contenido para ser aplicados a los matices de las circunstancias morales, como muestran con claridad las normas profesionales que rigen la psiquiatría.

6.1 Respeto a la autonomía

Es uno de los principios más mencionados en la ética psiquiátrica. Autonomía significa libertad frente a coacciones externas, y la presencia de una facultad mental crítica ejemplificada por la comprensión, la intencionalidad y la capacidad de tomar decisiones voluntarias.

Muchas cuestiones de ética en psiquiatría tienen que ver con defectos en el respeto hacia la autonomía de la persona, desde la revelación insuficiente y manipulativa de la información pertinente, hasta el no reconocimiento de un rechazo a los intervenciones médicas (se debe acatar una decisión autónoma de rechazo de un paciente autónomo e informado). Las implicaciones de este principio no han sido estimadas hasta épocas recientes.

A partir de 1970, las exigencias del consentimiento informado han ido imponiéndose en la medicina; experiencias que han originado problemas éticos también en psiquiatría; por ejemplo: podría parecer que un psiquiatra no puede imponer legítimamente un tratamiento a una persona con alteraciones mentales que no sea peligrosa, pero tampoco puede aceptar un consentimiento para su tratamiento como si fuese autónomo.

Si se requiere la autonomía para autorizar un tratamiento, entonces este no se podría autorizar aún cuando fuese beneficioso. ¿Hay algo que pueda garantizar el tratamiento? , ¿Habría que solicitar el consentimiento del tutor?, ¿Los propios beneficios terapéuticos constituyen una base moral adecuada para actuar?

El principio de respeto a la autonomía también se puede aplicar a cuestiones básicas del trabajo psiquiátrico: escuchar cuidadosamente la pregunta del paciente; reconocerle el derecho al tratamiento; los pacientes psiquiátricos son más vulnerables, lo cual lleva al sutil problema de cómo tratarlos con respeto sin hacer que sientan temor o se vean amenazados.

6.2 No-maleficencia

Entre los principios de ética médica más antiguos está el de “primum, non nocere” (ante todo, no hagas mal).

Para Percival, este principio estaría incluso por delante del de autonomía.

En psiquiatría, en relación a este principio existen muchos problemas: desde abusos patentes de las personas hasta sutiles cuestiones no resueltas. Existen ejemplos descarados de omisión en cuanto a la actuación no dañina en la práctica de la psiquiatría para clasificar a los disidentes políticos como enfermos mentales, y, a partir de ahí, tratarles con fármacos nocivos, y encarcelándoles junto a dementes y violentos. Los psiquiatras poco cuidadosos pueden causar perjuicio cuando no realizan adecuadamente una historia clínica, prescriben dosis incorrectas de medicación, fracasan en la vigilancia y tratamiento de los efectos secundarios, etc.

Paul S. Appelbaum ha planteado una importante y delicada cuestión en su investigación sobre “el problema de perjudicar” con el testimonio psiquiátrico en contextos penales y de litigios civiles. (Por ejemplo, al omitir información en el contexto de un proceso tras el cual se pronuncia una pena más grave de la que probablemente se habría impuesto).

También este problema se extiende a los casos de valoración de la competencia y se promueve un internamiento forzoso.

6.3 Beneficencia

Nos exige ayudar a los demás mas allá de sus legítimos intereses, evitando o eliminando habitualmente los posibles daños. Los beneficios que un psiquiatra puede contribuir a proporcionar incluyen la colaboración con los pacientes para encontrar formas adecuadas de apoyo económico y ayudarles a obtener el acceso a los cuidados sanitarios o a los protocolos de investigación. A veces el beneficio es para el paciente; otras veces para la sociedad. No existe el deber de beneficencia en cualquier circunstancia de riesgo.

Una de las motivaciones para separar la no maleficencia de la beneficencia, es que éstas entran en conflicto cuando uno debe proporcionar un beneficio o evitar un mal y no puede logra ambos.

6.4 Justicia

No existe un único principio de justicia, las teorías igualitarias de la justicia acentúan un acceso equitativo a los bienes primarios; las teorías liberales hacen hincapié en los derechos a la libertad social y económica, y las teorías utilitaristas destacan un empleo mixto de tales criterios para lograr la máxima utilidad pública y privada.

En caso de no existir atención universal a la población, el papel de la gestión de la asistencia psiquiatría puede plantear problemas de justicia distributiva: ¿qué formas de enfermedad mental deben cubrir los seguros sanitarios? y ¿cual es el papel del concepto de “necesidad médica” en el establecimiento de tales determinaciones?

Otro ejemplo: ¿Cuándo es legítimo burlar las restricciones de un sistema de seguro que un psiquiatra considera injustas? Un estudio realizado mostró que el 68% de médicos encuestados que percibían que un plan de seguros era injusto, estaban dispuestos a realizar afirmaciones falsas a terceros para obtener los pagos para sus pacientes.

7. Naturaleza y función de los principios morales

W.D Ross desarrolló una teoría destinada a ayudar en la resolución de problemas de conflictos entre principios. Contrapone los deberes “prima facie” (prioritario) a los deberes reales. El deber prima facie es prioritario, a no ser que entre en conflicto con un deber igual o

más urgente. Un deber *prima facie* siempre es correcto y obliga, siendo indiferentes los demás aspectos y no se ve superado ni condicionado por otras exigencias morales que entren en competencia. Un deber real queda determinado por el examen del peso respectivo de los deberes *prima facie* en competencia.

Así: si un psiquiatra se enfrenta a deberes de confidencialidad, de no maleficencia y de beneficencia, ¿debe transgredir la confidencialidad?

Hay autores que afirman que la confidencialidad sólo tiene una excepción: “cuando un tribunal de justicia ordene al médico revelar información”. Para otros, en caso de coacción del paciente al psiquiatra, ó la posibilidad de riesgo público masivo ocasionado por el paciente, serían también excepciones a la confidencialidad.

Hay que recurrir a la especificación y reforma moral. Los principios morales deben ser especificados para cada contexto. En ética biomédica es fundamental una especificación progresiva, sobre todo en la formulación de un programa público e institucional. Por ejemplo: parece legítimo tener en consideración un rechazo al tratamiento, cuando está en juego un significativo beneficio de salud en aquellos pacientes con un trastorno transitorio o un nivel de competencia disminuido, y casos similares. Sería demasiado rígida una doctrina que afirmara que siempre hay que aceptar un rechazo, pero resultaría arbitrario hacerlo en unos casos y no en otros sin unos criterios razonables.

En todo caso, las especificaciones propuestas pueden examinarse en la práctica y comentarse con otros profesionales que trabajan en circunstancias similares.

8. Moralidad profesional

8.1 Paternalismo médico

La esencia del paternalismo es soslayar la autonomía de una persona con la intención de proporcionarle un beneficio médico.

Para Beauchamp, ejemplos de paternalismo son: el internamiento forzoso en instituciones para recibir un tratamiento, las intervenciones para detener los suicidios “racionales”, la reanimación de pacientes que hayan pedido que no se les reanime, la ocultación de información médica solicitada por los pacientes, los cuidados psiquiátricos forzosos y la denegación de un tratamiento innovador a los pacientes que deseen probarlo.

Los filósofos y abogados han apoyado el punto de vista de que las intervenciones sólo pueden ser válidas cuando los pacientes sean de alguna manera incapaces de elegir voluntariamente ó de realizar acciones autónomas.

Para otros, defensores del paternalismo, éste está justificado si, y solo si, los daños que se eviten a la persona sean mayores que los daños o afrentas (si las hubo) causadas por la interferencia en su libertad.

La fuente fundamental de diferencias entre los partidarios y detractores del paternalismo descansa en el énfasis que cada uno concede a la capacidad para la acción autónoma de los pacientes que realizan “una elección”.

8.2 Ética en la vida profesional

La mayoría de las profesiones suponen, al menos implícitamente, una moralidad profesional con pautas de conducta aceptadas ampliamente. El reciente interés por el tema de las relaciones sexuales entre psicoterapeutas y pacientes, surgió en un contexto en el que los

puntos de vista morales ya se encontraban muy presentes en la profesión. En los últimos años ha aumentado la educación formal y los intentos de codificación de la moralidad profesional.

La moralidad presente en dichos códigos incluye la responsabilidad hacia el paciente, ó hacia el sujeto de investigación (consentimiento informado, confidencialidad, respeto a la intimidad), responsabilidad hacia la sociedad, hacia los compañeros, patronos y las fuentes de financiación. Pero los patrones morales, deben ser distinguidos de los patrones legales. La ley especifica la conducta permisible (lo que uno tiene derecho a hacer) mientras que la moralidad especifica la conducta obligatoria e ideal (lo que es correcto y lo que es mejor hacer). La medicina y la ley tiene a veces orientaciones diferentes (hay médicos partidarios del suicidio asistido, hecho que está prohibido por la ley y por los códigos médicos). (11).

BIBLIOGRAFIA

1. Bloch S, Chodoff P y Green S.A Introducción. En: Bloch S, Chodoff P y Green S.A. (editores) La ética en psiquiatría. 1ª edición española. Madrid, Triacastela, 2001: 13-17.
2. Diego Gracia. Prólogo. En: Santander F (coordinador). Etica y Praxis psiquiátrica. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios/ 23. Madrid. 2000.
3. Castilla, Aurelio. Implicaciones éticas de la participación del paciente psiquiátrico en su tratamiento. Bioética y Ciencias de la Salud 2000; 4(1):10-11.
4. Desviat, Manuel "Ética y psiquiatría" [En línea]. Interpsiquis. 2001; (2). >http://www.psiquiatria.com/imprimir_at?2670>[consulta: 7-Febrero-2003].
5. Desviat M, Gonzalez C, Gonzalez A, Moreno A, Perez E, Ponte N et al. Actitudes éticas y práctica clínica de los psiquiatras españoles. Psiquiatría Pública 1999; 5-6 (11): 147-156
6. Corresponsal en Ginebra. EL MUNDO. 23-Mayo-2003.
7. Musto D.F. Perspectiva histórica. En: Bloch S, Chodoff P y Green S.A (editores). La ética en psiquiatría. 1ª edición española. Madrid. Triacastela, 2001: 19-34.
8. Ruíz Canela M, Espejo Mª D. Historia y definición de la Bioética. En: Espejo Arias MªD y Castilla García A. (editores) Bioética en las Ciencias de la Salud. Asociación Alcalá (Jaén) 2001: 3-12.
9. Postigo, Elena. Master de Bioética. Clases de fundamentación Mayo 2003. ICEB. Córdoba.
10. Sgreccia, Elio. Justificación epistemológica, fundamentación del juicio bioético y metodología de la investigación en bioética. En: Sgreccia Elio. Manual de Bioética. México. Editorial Diana. 1996: 51-79.
11. Beauchamp T.L. Los fundamentos filosóficos de la ética en psiquiatría. En: Bloch S, Chodoff P y Green S.A (editores). La ética en psiquiatría. 1ª edición española. Madrid, Triacastela, 2001: 35-56.

CAPITULO 2 ÉL DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO COMO PROBLEMA ETICO

INTRODUCCIÓN

Los problemas éticos relacionados con el diagnóstico psiquiátrico son inseparables de los conflictos éticos generados por la propia concepción de la enfermedad mental, en cuanto a sus límites y características específicas. El diagnóstico en psiquiatría, como en otras especialidades médicas, es el soporte y fundamento de partida del "acto psiquiátrico" y por tanto indica la intervención psiquiátrica, delimita el grupo de sujetos susceptibles de actuación psiquiátrica y señala los métodos de tratamiento susceptibles de uso. (1)

Ciertamente, el problema ético del diagnóstico, radica en que interviene la voluntad humana en su realización, y, por tanto, surge el peligro de "mal uso" o de "abuso" del diagnóstico, es decir, una mala aplicación consciente de categorías diagnósticas a quienes no les corresponden, con el consiguiente riesgo de sufrir los efectos perjudiciales del diagnóstico: la pérdida de la libertad personal y el sometimiento a ambientes y tratamiento psiquiátricos perniciosos; la posibilidad de quedar "etiquetado" para toda la vida; o una serie de desventajas sociales y legales (desde la declaración de incapacidad civil, hasta, en circunstancias extremas como en la época nazi, la muerte). (1, 2)

Hemos hablado de diagnósticos erróneos. Estos se pueden originar a través de dos vías, fundamentalmente:

1. de forma intencionada: el psiquiatra aplica un diagnóstico psiquiátrico convencional a quien no está afecto de enfermedad, con fines no médicos, por ejemplo, la presión de una familia que pretende hospitalizar a un miembro problemático o la presión de autoridades políticas que desean ingresar a un disidente molesto (como veremos posteriormente, esto se ha dado de hecho); a demanda del propio individuo: un diagnóstico que conlleve la hospitalización puede protegerle de un destino más desfavorable, como la cárcel en el caso de un delincuente; la mujer que desea abortar sin estar enferma mental, etc. En ambos casos de diagnóstico erróneo, se produce un daño: en el primer caso, para la persona, en el segundo, para la integridad de la profesión.

2. de forma no intencionada. Estos son más sutiles e insidiosos (en los anteriores estaba claro que son contrarios a la ética) y resultan más difíciles de identificar y suprimir. En el proceso diagnóstico influyen necesidades, presiones y compromisos no médicos que llegan a la conciencia del psiquiatra sólo parcialmente. El hecho de que los psiquiatras, por comodidad, se permitan funcionar como si no tuvieran ninguna conciencia de este hecho, o eludan la responsabilidad de fortalecerla, concede a este tipo de diagnóstico erróneo un enorme interés ético.

Estos diagnósticos erróneos no intencionados, son diferentes de las equivocaciones en el diagnóstico, que pueden ser resultado de un proceso en el cual, por carecer de información adecuada sobre el paciente o sobre de la enfermedad o por falta de la preparación pertinente, el psiquiatra diagnostica indebidamente a un paciente que debería ser catalogado de otro modo. En la mayoría de los diagnósticos erróneos no intencionados se pueden identificar tres orígenes, básicamente, que desarrollamos a continuación.

LIMITACIONES INHERENTES A LOS PROCESOS DIAGNOSTICOS

El origen más elemental de un diagnóstico erróneo, radica en que es muy fácil equivocarse en el proceso diagnóstico. En este proceso se ha demostrado que existe una escasa o dudosa fiabilidad, una inconsistencia y tendencia a cambios, frecuentes sesgos, y un uso de criterios subjetivos (“la comprensibilidad” del paciente, su “comportamiento peculiar”, la valoración por el psiquiatra de “su propia intuición” etc.).

Además, según Scheff, los médicos en general consideran que un “error de tipo 2” (aceptar una hipótesis falsa) es menos peligroso que un “error de tipo 1” (rechazar una hipótesis cierta), por ello puede haber situaciones en las que se emitan diagnósticos psiquiátricos en situaciones que no implican ninguna alteración de la salud mental.

Muchas limitaciones se han suavizado considerablemente con la introducción de los sistemas y manuales de clasificación diagnóstica que emplean criterios relativamente objetivos para el diagnóstico de las enfermedades mentales (sobre todo el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) de la American Psychiatric Association). No obstante, aunque cuenta con un creciente apoyo en la investigación científica, el diagnóstico psiquiátrico sigue siendo un proceso vulnerable al error, y el psiquiatra que lo emite debe recordar sus limitaciones con humildad y ha de mantenerse dispuesto a revisar las decisiones diagnosticadas y a admitir su carácter falible. En el mejor de los casos, los psiquiatras no superan a sus herramientas, y, para ser conscientes de sus propias limitaciones deben reconocer las de sus instrumentos diagnósticos.

TEORIA NOSOLOGICA Y DIAGNOSTICO PSIQUIATRICO

Otra limitación del diagnóstico psiquiátrico es, que, en gran medida, el diagnóstico, es un acto social y tiene lugar en un contexto social. El psiquiatra observa un comportamiento, lo juzga en relación con una norma social que con frecuencia es local, lo cual no es necesariamente inadecuado. Las enfermedades psiquiátricas, sobre todo las que cursan con síntomas psicóticos, suelen hacer que quienes las presentan actúen de una manera contraria a las normas sociales y transgredan los límites verbales y conductuales admitidos. De hecho, estas trasgresiones son a veces los signos de sospecha de enfermedad más sensibles y precoces. La base social del diagnóstico es en sí un problema, ya que el psiquiatra ha de conocer con precisión dónde deberían tratarse los límites sociales y qué trasgresiones no se deben a una enfermedad sino a alguna otra causa (tendencia artística, activismo social, simple excentricidad, procedencia de otro ambiente cultural). La mayoría de los psiquiatras son poco conscientes de estos problemas, en general.

Otro de los fundamentos del diagnóstico, la teoría nosológica tiene una influencia menos reconocida, pero comparable a la del contexto social. En casi todos los países los psiquiatras se guían por una o más teorías de la enfermedad mental que suelen asociarse a sistemas nosológicos, que son sus expresiones funcionales y prácticas. Y, según la especificidad del sistema al que se adhieren, la forma de evaluar y de extraer conclusiones sobre el comportamiento de una persona, (en esencia, su forma de “contemplar” a la persona) puede estar muy influenciada por los presupuestos del sistema y por el enfoque que sigue ésta para reconocer y descubrir la enfermedad mental. Para el psiquiatra que crea que las categorías son erróneas o que la definición de los criterios es demasiado estricta o amplia, tal materialización puede ser equívoca ó falsa y dar lugar a diagnósticos erróneos con aspecto

sistemático y riguroso, en la medida en que sigue los criterios del sistema. Aunque se ha minimizado en los últimos años, este peligro sigue existiendo. En EEUU, las ediciones más recientes del manual diagnóstico oficial, se han desplazado hacia un enfoque descriptivo y no teórico del diagnóstico de las enfermedades mentales, cuya etiología, en la mayoría de los casos, no ha llegado a establecerse todavía.

En líneas generales, el DSM (antes citado) define las enfermedades mentales describiendo sus rasgos clínicos (signos ó síntomas conductuales fácilmente identificables). Además, las últimas ediciones del DSM no clasifican las enfermedades según etiologías, sino en función de sus características clínicas comunes. Asimismo, enumeran una serie de criterios específicos que aumentan la fiabilidad de los diagnósticos, (y así es posible un acuerdo a gran escala de un número importante de enfermedades). El acuerdo es menor en el caso de otros trastornos con criterios menos claros, como los trastornos de personalidad.

La clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) de la O.M.S. es muy utilizada en otros países. Aunque con descripciones menos detalladas que en el DSM, también permite una relativa seguridad en el diagnóstico, sobre todo en los trastornos mentales más severos.

En la antigua Unión Soviética, sin embargo, entre los años 1960-1980 (finales) estuvo en vigor un sistema nosológico que, aunque en muchos aspectos era muy descriptivo, no se basaba, a diferencia del DSM, en una investigación según los patrones científicos comúnmente aceptados. Este sistema empleaba unos criterios tan amplios y elásticos de los trastornos esquizofrénicos que permitían que se emitiera este diagnóstico en casos en que, en Occidente, no se diagnosticaría enfermedad mental.

Este sistema soviético fue desarrollado por Snezhnevsky, y dominó en la psiquiatría soviética. Su sistema nosológico se concentró sobre todo en la esquizofrenia, de la que ofrecía una definición tan extraordinariamente amplia, que se extendía más allá de la psicopatología esquizofrénica hasta englobar casi toda la patología mental. Este autor ofrece tres formas de esquizofrenia (continua, periódica y cicloide), lo que resulta singular (y problemático) es que la forma continua, y la cicloide, tienen subtipos de intensidad leve a grave, y que, en ambas, los subtipos leves se caracterizan por síntomas que no son psicóticos. Los psiquiatras de otros países, en su gran mayoría, estarían de acuerdo en que los pacientes, que, según la escuela de Moscú tienen el subtipo de esquizofrenia leve, antes citados, considerarían que no son esquizofrénicos, sino que presentan una neurosis, psicopatía, un trastorno de personalidad, o incluso que no tienen ninguna enfermedad mental. Además la “etiqueta” de enfermedad mental, según la escuela de Moscú, tenía una base genética, y el “estigma” se mantenía por vida.

Además de un estudio piloto (EPIE) realizado a comienzos de 1970, donde el ordenador clasificó un mayor número de diagnósticos de la Escuela de Moscú, no como psicóticos, sino como neuróticos y depresivos; la confirmación final de que el sistema de Moscú tendía a un diagnóstico excesivo de esquizofrenia, la aportó un psiquiatra soviético (Kazanetz) que demostró con su propio método informático que la Escuela de Moscú diagnosticaba de esquizofrenia endógena, y de enfermedad endógena, a pacientes que sufrían trastornos de tipo agudo y con causa externa.

Con este sistema nosológico, los disidentes soviéticos en su mayoría, se les arrestaba y la KGB les derivaba a estudio psiquiátrico, aunque no hubiera razones para pensar en ello. Muchos eran diagnosticados de esquizofrenia leve, lo que permitía un juicio en ausencia del acusado, un ingreso durante tiempo indeterminado en psiquiátricos penitenciarios, y la desvalorización de sus puntos de vista como si fueran mentes enfermas. En 1989, una delegación de psiquiatras norteamericanos visitó la Unión Soviética y respaldó estos datos.

LA TENTACION DEL DIAGNOSTICO COMO SOLUCION PARA PROBLEMAS HUMANOS

La tercera fuente de diagnósticos erróneos no intencionados en psiquiatría, probablemente la más significativa, es lo tentador que resulta recurrir al diagnóstico para resolver ó evitar complejos problemas humanos: un diagnóstico puede transformar el terror del caos en el bienestar de lo conocido; el peso de la duda en el deleite de la certeza; la vergüenza por el daño causado a otros por la satisfacción de ayudarlos, y la imprecisión del dilema moral por la claridad de la verdad médica. A continuación pasamos a describir cada uno de estos ejemplos.

Diagnóstico como explicación, mitigación y exculpación

La ley es el campo en que la tentación del diagnóstico es más evidente. Es habitual que se solicite a los psiquiatras su participación como peritos en juicios por diversos crímenes. No es raro que la acusación y la defensa presenten peritos que opinan de forma contrapuesta cuando se les pregunta si los actos del acusado se debieron o no a una enfermedad mental. Naturalmente, acusados y defensores suelen buscar un “eximente de responsabilidad penal por enfermedad mental”, aunque sospechen o sepan que el acto delictivo no tenía ninguna relación con una enfermedad mental, lo cual es debido a que crean que, al menos en delitos tan graves como el asesinato o la violación, el internamiento en un hospital puede durar menos que la pena que hubiera recaído sobre el acusado si se le considerara culpable, y no enfermo mental. Con todo, algunos delitos sí se deben a una enfermedad mental, y, para esta eventualidad, la ley reconoce que la locura limita la voluntad y califica a quien carece de libre voluntad como legalmente no responsable de sus acciones.

El problema es que se ha intentado extender el papel de los psiquiatras a ciertos campos sobre los cuales éstos no tienen conocimientos para buscar una explicación diagnóstica (y una justificación legal), para comportamientos criminales que no guardan relación con estados psicóticos clásicos (problemas como la coerción, la persuasión, o la influencia). En algunos casos, los abogados defensores pretenden que los psiquiatras testifiquen acerca de los efectos de ciertas presiones ambientales sobre el desarrollo y la capacidad de juicio del individuo, y sobre el papel de estos factores en el comportamiento criminal, queriendo finalmente que sus defendidos queden con una pena mitigada, o exculpados totalmente.

Un caso ilustrativo fue el juicio contra Patrici Hearst en 1976 por atraco a un banco, en el que se afirmó que no hubo intención criminal en la acusada, por haber actuado tras ser víctima de un proceso de “persuasión coercitiva” que había afectado a su voluntad. La defensa, muchos psiquiatras y otros observadores admitieron esa exculpación diagnóstica, pero el jurado la rechazó y no aceptó la explicación diagnóstica como base para la exculpación legal. Otro caso parecido fue el de un juicio celebrado en Florida, en el que se acusaba a un joven de haber matado a una anciana; la defensa alegó que la violencia de la televisión había afectado al acusado. Como en el caso Hearst, el jurado encontró inadecuado que se utilizara un diagnóstico para justificar convincentemente el comportamiento del acusado.

A pesar de todo, seguirán existiendo psiquiatras que realicen peritajes apoyando defensas psicológicas de todo tipo, como que las acciones criminales se debieron a factores relacionados con la primera infancia del acusado, ó a presiones de sus compañeros adolescentes. Aunque estas influencias existen, no se sabe apenas nada sobre cómo afectan a

la capacidad de juicio y a la voluntad individuales. Tampoco es extraño que los psiquiatras desvíen el diagnóstico hacia estos casos. Es un viraje natural cuando es necesario explicar un comportamiento no deseado que se puede apreciar diariamente (como hacen las periodistas y otros analistas cuando intentan explicar un comportamiento inexplicable en una figura política). Otras veces se recurre a explicaciones diagnósticas con el fin de fomentar comprensión o perdón hacia situaciones tan variadas como el incumplimiento de las normas de comportamiento en las aviones, o trasgresiones más serias en el campo de la ética industrial y de la propiedad intelectual.

Un diagnóstico tranquiliza

Cuando se cometen actos perturbadores que sugieren debilidades en nosotros mismos, en nuestras instituciones o en nuestras creencias comunes, los diagnósticos acuden a la mente, tanto en el profano como en el psiquiatra, para desplazar el comportamiento desde el amenazador ámbito personal ó social al más seguro terreno médico.

En un caso muy conocido, este desplazamiento se consiguió gracias a la cooperación de todos los implicados, tanto psiquiatras como legos. En 1974, el Dr. W.T. Summerlin, joven investigador contratado por el Memorial Sloan-Kettering Cancer Center por su prometedor trabajo en inmunología de trasplantes, anunció que había conseguido un injerto de piel de animales genéticamente independientes. Otros investigadores fueron incapaces de confirmar semejantes resultados, ante lo que Summerlin repitió sus experimentos, y, según reveló su ayudante, tiñó la piel de sus ratones para que pareciera que no había habido rechazo. Al conocerse este hecho se creó un comité de investigación interno. La principal amenaza que planteaba el asunto, era que la opinión pública norteamericana llegara a creer que no sólo Summerlin sino toda la investigación científica no eran fiables, perspectiva angustiada para un colectivo que depende de las generosas donaciones de diversas instituciones y patrocinadores; además existía preocupación por el “sueño americano” (cómo un joven provinciano como Summerlin había sido contratado por el establishment científico de la Costa Este) y por el futuro del propio Summerlin. La solución a tan angustiosas preocupaciones fue la conclusión del comité de investigación: “el insólito comportamiento de Summerlin implica al menos un grado de autoengaño y alguna otra aberración que le impedían calcular adecuadamente el efecto y los resultados finales de su conducta”. Además el presidente de Centro de Cáncer, compareció en rueda de prensa informando que el “fraude” del investigador era “fruto de una enfermedad mental”; dato que el propio Summerlin apoyó dando una rueda de prensa, afirmando que venía padeciendo una depresión y había empezado a tratarse.

El diagnóstico como la transformación humanitaria de la inadaptación social en un proceso médico

Esta recalificación es consecuencia de un impulso liberal utópico: puesto que las personas son buenas por naturaleza si alguien actúa en perjuicio de la sociedad, debe ser que está enfermo. Por ello, la respuesta social no debería orientarse al castigo, ni al control, sino más bien al tratamiento. Así, todo el mundo se beneficia: la persona inadaptada, a la que se le reconocen y curan las “causas” de sus transgresiones; la sociedad, que no tiene que imponer duros castigos; los psiquiatras que pueden sentirse en la noble posición de sanar donde los demás sólo habrían causado daños.

Los ejemplos más paradigmáticos de esta nueva clasificación se encuentran probablemente en los comportamientos sexuales tradicionalmente catalogados como

socialmente indeseables. En estos casos, el riesgo es que no queda claro totalmente que reclasificar estos comportamientos sirva para el propósito que se persigue.

Atribuir a un exhibicionista, un violador, o un voyeur, un trastorno psiquiátrico subyacente (hipersexualidad) y tratarlo a continuación con medios farmacológicos ó quirúrgicos no tiene por qué ser necesariamente humanitario, y, de hecho, aún no se ha demostrado que sea útil. En definitiva no está del todo claro que esta revisión de las clasificaciones haya mejorado la suerte de las personas afectadas.

El diagnóstico como exclusión y deshumanización

En este caso, el diagnóstico hace a esas personas diferentes, les marca, les excluye de nuestro grupo y les deshumaniza, definiendo su situación como inferior a la nuestra, y, por tanto, menos humana.

Hay múltiples ejemplos a lo largo de la historia del siglo XX: Stalin lo llevó a cabo a escala nacional para predisponer a su pueblo contra quienes no estaban de acuerdo con él. Stalin comprendió que una población recelosa y asediada contemplaría a una persona catalogada como “enemigo del pueblo” como un intruso peligroso que debía ser excluido de la sociedad soviética, y, por tanto, alguien que podía y debía ser encarcelado, fusilado o silenciado de cualquier otra manera. En la Primera Guerra Mundial ambos bandos se esforzaron en transformar a los otros en objetivos cuya muerte ni siquiera era trágica, sino casi algo merecido. En la Segunda Guerra Mundial, los nazis llevaron esta estrategia hasta el límite, utilizando la catalogación para transformar a varios grupos, sobre todo a los judíos, en “parásitos” cuyo exterminio sería una bendición. Llevado al extremo, los “locos”, “dementes”, requieren ser excluidos de la sociedad, y no sólo se requiere, sino que se debe recluirles. Cuando no intervienen el respeto ni el afecto, el diagnóstico puede permitir ingresos forzosos, en el caso de personas con posible enfermedad mental que exhiben comportamientos molestos y socialmente inadmisibles.

Diagnóstico como medio de descrédito y castigo

Una función especialmente destructiva del diagnóstico, es su capacidad de desacreditar a una persona, al atribuir sus puntos de vista, su política y sus acciones ó conclusiones a una mente enferma: es el diagnóstico como arma. Los ejemplos son múltiples: en Oriente Medio, el Sha de Persia, antes de su derrocamiento, calificaba al coronel libio Gadafi de “individuo loco”. El presidente egipcio Anwar-el-Sadat consideraba al ayatollah Jomeini del Irán un “lunático”.

En Israel la oposición laborista tenía una opinión similar respecto al primer ministro Begin, mientras que, en la orilla occidental Ali Jabari, alcalde palestino de Hebrón emprendía una campaña para encerrar en manicomios a los líderes de la OLP. En 1919, en la antigua URSS, Lenin calificó al poeta Maximo Gorki como “enfermo mental, con los nervios quebrados”. En 1977, la prensa soviética, criticó al físico disidente Andrei Sajarov por su “individualismo patológico”. etc.

Dentro de la psiquiatría el diagnóstico es claramente un arma y por ejemplo, la CIA, tenía entre sus expectativas, administrar LSD a quienes deseaba transformar en locos, ó más exactamente, a quienes deseaba que otros diagnosticaran como tales. Bajo la influencia de la droga estos enemigos de EEUU parecerían psicóticos, con el previsible resultado de que sus partidarios, llegados a esta conclusión, los rechazarían o destituirían.

Pero lo más escandaloso en cuanto al uso de la psiquiatría para desacreditar, y para intimidar y castigar, ha sido la Unión Soviética en su último cuarto de siglo de su existencia,

como hemos visto previamente. En esos 25 años, varios centenares de disidentes fueron arrestados por delitos políticos, remitidos a psiquiatras, etiquetados de enfermos mentales y sometidos a estancias forzosas en hospitales psiquiátricos penitenciarios. De ellos, un grupo estaba realmente enfermo, y otro casi con toda seguridad no (algunos diagnósticos eran claramente erróneos intencionados, claros abusos psiquiátricos; y otros, erróneos no intencionados, en base a los criterios de la Escuela de Moscú, como hemos visto previamente).

Diagnóstico como reflejo de tendencias sociales

Problemático es el llamado recuerdo “recuperado” ó “reprimido”, un diagnóstico que, a comienzos de los años 90 era emitido con frecuencia por psicólogos y psiquiatras. Atribuían ciertos síntomas ó algunos aspectos del comportamiento a supuestas experiencias en la infancia de los pacientes y que no se podían evocar porque el recuerdo de aquellas experiencias había sido “reprimido”. Por lo general, entre esas experiencias figuraban abusos sexuales, que, con frecuencia se atribuían a un progenitor y que supuestamente incluían rituales extraños, a veces satánicos. En algún caso, debido a estos diagnósticos, se procesó y encarceló a padres de pacientes, maestros ó directores de colegios.

La frecuencia de estos diagnósticos disminuyó tras una serie de casos famosos que acabaron en denuncias contra los terapeutas que los realizaron. Se descubrió que algunos eran infundados al demostrarse que el terapeuta, seguro de que el diagnóstico era cierto, se lo sugería de diversas maneras a los pacientes, quienes a continuación “producían” recuerdos “como prueba” del mismo.

Obviamente, existe la victimización y los abusos de menores, pero la consecuencia de que los “síntomas” psiquiátricos que se consideran derivados de los abusos sean ambiguos y puedan originarse en numerosos factores, es un considerable perjuicio no sólo para las familias sino también para los propios pacientes, y en no menor medida para los terapeutas de la salud mental y para su labor diagnóstica. (2)

CONCLUSIONES

Podríamos resumir los casos en que el diagnóstico queda éticamente comprometido:

1. Cuando se produce una “psiquiatrización” de la vida cotidiana de forma que las conductas y vivencias son “etiquetadas” psiquiátricamente sin evaluar las consecuencias, o bien cuando se produce una subjetivización del diagnóstico, es decir, el clínico realiza un diagnóstico sin criterios de consenso. Esta “psiquiatrización”, además de promover la difusión de los ya imprecisos límites de la enfermedad mental, puede suponer una situación de discriminación o estigmatizante para el sujeto, o, en otros casos, privarle del tratamiento idóneo.

2. Cuando el diagnóstico psiquiátrico se produce en contextos no sanitarios, donde entran en juego otros valores (justicia, por ejemplo) y donde el padecimiento de un trastorno puede suponer cursos de acción claramente diferentes en comparación con la ausencia del mismo.

3. Cuando la motivación del diagnóstico no es terapéutico ni evaluativa sino que responde a intereses individuales del paciente, del profesional, de familiares ó incluso en ocasiones de la propia sociedad que demanda agentes de control.

4. Finalmente el diagnóstico, una vez realizado, presenta problemas en cuanto a su difusión (información al paciente y a terceros) ó a su empleo para limitar la autonomía del sujeto.

Fernando Santander y col realizan algunas propuestas:

Pueden aliviar los problemas descritos y orientar su resolución algunas de los siguientes estrategias:

a) Emitir un diagnóstico con criterios clínicos razonados y razonables, utilizando los medios disponibles, clínicos, e instrumentales (tests) y basándose en la congruencia de los hallazgos con los criterios internacionalmente aceptados. La categoría diagnóstica se matizará y completará con cuantos datos complementarios se estimen oportunos.

b) Emerge la necesidad de una formación adecuada en los conocimientos que deben manejarse para la elaboración de un diagnóstico y para el diagnóstico diferencial; entendiéndose siempre que el diagnóstico no es sino un medio, pero a veces el único medio que nos orienta para el tratamiento.

c) No emitir diagnósticos dudosos o personales, que suelen conllevar una mayor estigmatización. Es mejor aplazar un diagnóstico que tener que revisar continuamente una situación poco clara respecto al padecimiento de un trastorno mental.

d) Cuidar exquisitamente aspectos de confidencialidad y no prestarse en ningún caso a situaciones en las que el diagnóstico pueda utilizarse de forma interesada o equivocada fuera del ámbito evaluativo ó terapéutico. (1)

BIBLIOGRAFIA

1. Santander F, Morera B, Retolaza A, Hernanz M et al. El proceso diagnóstico. En: Santander F (coordinador). ETICA Y PRAXIS PSIQUIATRICA. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios/23. Madrid 2000.: 114-121.

2. REICH W. El diagnóstico psiquiátrico como problema ético. En: Bloch S, Chodoff P y Green S.A. (editores). La ética en psiquiatría. 1ª edición española. Madrid. Triacastela 2001: 189-211.

CAPITULO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PSIQUIATRÍA. EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA DEL ENFERMO MENTAL

INTRODUCCIÓN

Desde hace aproximadamente tres décadas la teoría del consentimiento informado se encuentra bien establecida en la investigación y en la práctica médica, estando firmemente asentada en el principio de autonomía y en el derecho a la autodeterminación del individuo. El consentimiento informado (CI) significa precisamente la obligación legal que tiene el médico de informar a su paciente de los riesgos y beneficios ligados al tratamiento o a la intervención propuesta, para que decida de acuerdo con su criterio. Con la introducción del “caso Salgo” en 1957, en EEUU, se introdujo definitivamente la noción moderna que implica informar adecuadamente al paciente.

La aplicación del consentimiento informado al campo de la Medicina se generalizó en EEUU como consecuencia de algunas decisiones judiciales condenatorias para el médico ante las reclamaciones de los pacientes, al considerarse éstos perjudicados por no haber sido informados de forma debida.

En España su introducción se produjo en los primeros años noventa, como consecuencia de varias sentencias judiciales condenatorias, y tras haber quedado establecido el deber de los médicos de obtenerlo, en la Ley General de Sanidad de 1986, hoy sustituida en este punto, por la ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

La aplicación a la Psiquiatría reviste especial dificultad. Se ha señalado, quizá con exageración, que si el CI se encuentra todavía en sus comienzos en Medicina, en su aplicación a la Psiquiatría, se encuentra en fase embriogénica. El problema radica en que la enfermedad mental afecta a menudo, no siempre, a la autonomía psicológica del paciente, privándole parcial o totalmente de su capacidad para tomar decisiones en lo que concierne a su salud. En este sentido, Henry Ey definía la enfermedad mental como una “patología de libertad”. Como la evaluación de la competencia del enfermo mental es parte fundamental del proceso de CI lo veremos en conjunto a lo largo de este capítulo (no como parte separada del CI).

También son difíciles de considerar: la información y la voluntariedad. La doctrina exige que se informe al individuo adulto y capaz, de la naturaleza de su enfermedad y de las alternativas al tratamiento, y sus efectos adversos, pero también que se le dé a elegir entre dichos tratamientos. El tipo de tratamiento o la forma en que ese tratamiento se ofrece pueden reflejar una preferencia o un prejuicio por parte del psiquiatra: ¿cuántas veces un terapeuta de orientación psicoanalítica sugiere al paciente depresivo que consulte para una posible aplicación de Terapia electroconvulsiva (TEC)? ¿Cuántas veces un especialista más orientado hacia los psicofármacos aconseja una psicoterapia intensiva? Existen además otras dificultades, como la de informar a un paciente esquizofrénico, que tiene alteradas precisamente las funciones cognitivas. También el respeto a la voluntariedad es difícil, dada la posibilidad de utilizar sutilmente el conocimiento que se tiene de la transferencia para manipular al paciente y hacerle seguir un determinado tratamiento.

En este capítulo, veremos fundamentalmente, qué significa para el psiquiatra práctico la obligación de obtener el consentimiento informado del paciente que va a recibir un tratamiento (aunque también sea necesario para la investigación). En cuanto a la medicación y a la TEC, la unanimidad sobre la necesidad de obtener el CI es total en países como EEUU y Canadá. En España, está generalizada la costumbre de obtener el CI escrito para la TEC,

mientras que se obtiene ó no se obtiene para los medicamentos (en el capítulo de tratamiento profundizaremos también en este tema y en sus efectos adversos).

Suscitan interés los problemas del CI relacionados con la investigación, el internamiento voluntario, los peritajes en la psiquiatría de enlace y la edad del paciente. En este trabajo no vamos a tocar más que tangencialmente algunos de estos extremos, ya que se extendería mucho esta tesina. Se discute actualmente, la aplicación del CI en la hospitalización voluntaria del enfermo psíquico. En un informe del defensor del pueblo (1991) se comentaba cómo existe una laguna en la regulación legal del internamiento para enfermos voluntarios, ya que no quedaba constancia documental del ingreso, con la consiguiente inseguridad jurídica. Quizá en la ley 41/2002 esto se solventa, ya que en su artículo 15.2 se señala que la historia clínica, debe contener, como mínimo, entre otros, la autorización de ingreso por parte del paciente. (1)

Por otra parte, el CI es uno de los elementos básicos de una buena práctica clínica. Sin embargo, cuando es usado en forma de documento escrito corre el riesgo de ser desvirtuado, por la tendencia a utilizarlo con fines defensivos como un documento que, en posibles futuras reclamaciones, el clínico podría esgrimir para demostrar la conformidad del paciente en todo el procedimiento. A ello se puede sumar la estrecha visión que del CI tienen algunas estructuras administrativas de los servicios sanitarios, cuando se centran en los aspectos más formales y legalistas del procedimiento, y ello puede ser funesto, ya que puede ser “vivido” por parte del clínico, como un mero trámite, más o menos caprichoso o innecesario, con el que se pretende coartar o controlar el criterio profesional del clínico. Esta visión tan desenfocada, pierde de vista por completo, la raíz y el sentido del CI, al olvidar que, en definitiva se trata del reconocimiento de que el usuario de los servicios sanitarios tiene la capacidad y el derecho de tomar decisiones sobre su atención, lo que le sitúa en una posición activa y comprometida dentro de la relación sanitaria. Por eso para Santander y col. , el CI no es un papel ó documento, ni un hecho aislado en la relación clínica, sino un proceso dialógico en el se trasmite información y se facilita la toma de decisiones. Sólo entendiéndolo como proceso se podrá huir de esa estrecha visión legalista que puede desvirtuarlo. El “documento o formulario de CI”, cuando se considere pertinente su uso será la plasmación final y por escrito de ese proceso, pero nunca podrá suplantarlos. (2)

A lo largo del capítulo, veremos el CI en el derecho español, el fundamento de CI, los elementos esenciales, con especial atención a la capacidad, las excepciones, y la aplicación a la psiquiatría, de forma somera, ya que lo veremos con más amplitud en el capítulo del tratamiento.

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL DERECHO ESPAÑOL

ANTECEDENTES LEGISLATIVOS

Orígenes

El Reglamento General para el Régimen, Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social (orden de 7 Julio de 1972): establecía, que los enfermos asistidos tenían derecho a autorizar, bien directamente ó a través de sus familiares más allegados, las intervenciones quirúrgicas o actuaciones terapéuticas que implicaran riesgo notorio previsible, así como a ser advertidos de su estado de gravedad (art. 148.4).

Especial mención requiere el Real Decreto 2082/1978 de 25 de Agosto, que recogía una serie de garantías para los usuarios de los centros hospitalarios, y que ha podido ser calificado

de verdadera Carta de Derechos del Paciente, ya que tenía naturaleza jurídica, y por tanto, fuerza obligatoria, si bien fue declarado nulo por el Tribunal Supremo por defecto de forma.

Finalmente, está el Plan de Humanización de los Hospitales del Instituto Nacional de la Salud, de 1984. Como instrumento básico de dicho plan se dio a conocer la carta de los Derechos y Deberes del Paciente. En el punto 4º de dicha carta se dispuso lo siguiente: “El paciente tiene derecho a recibir información completa y continuada, verbal y escrita, de todo lo relacionado con su proceso, incluyendo diagnóstico, alternativas de tratamiento, y sus riesgos, y pronóstico, que será facilitada en un lenguaje comprensible. En caso de que el paciente no quiera ó no pueda recibir manifiestamente dicha información, ésta deberá proporcionarse a los familiares o personas legalmente responsables”.

Constitución Española

Preceptos claves relacionados con el CI:

La libertad constituye un valor superior del ordenamiento jurídico (art. 1); corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad [...] sea real y efectiva y se deben eliminar los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud (art. 9.2); la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social (art. 10.1); las normas relativas a los derechos fundamentales y las libertades que reconoce la Constitución se interpretarán de acuerdo con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España (art. 10.2); por último el precepto constitucional que determina que todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a torturas ni a penas ni a tratos inhumanos o degradantes, y que hay que conectar con el que establece que toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad (art. 15 y 17 respectivamente).

Por tanto, el CI tiene su asiento en el marco del derecho a la autodeterminación y, en consecuencia, cuando de un tratamiento sanitario se trata, encuentra directamente su fundamento en la dignidad y en la libertad de la persona.

Dos últimos artículos constitucionales relacionados con el CI hacen referencia, respectivamente, al reconocimiento del derecho a la protección de la salud (art. 43) y a la obligación de los poderes públicos de garantizar la defensa de los consumidores y usuarios, protegiendo, mediante procedimientos eficaces, la seguridad, la salud, y los legítimos intereses económicos de los mismos (art. 51).

Convenio de Oviedo

El convenio relativo a los Derechos Humanos y a la Biomedicina llamado Convenio de Oviedo, por ser dicha capital el lugar de la firma (4-abril-97), parte del principio de que el interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad ó de la ciencia. Dicho convenio forma parte del ordenamiento jurídico español, al haberse convertido en ley, por haber sido ratificado por el Parlamento Español (BOE n.251 de 20- Octubre-99).

La entrada en vigor del Convenio (1-Enero-2000) obliga a reinterpretar todos los preceptos de la Ley General de Sanidad y del resto de leyes en las materias que regula. A propósito del CI, dispone lo siguiente:

“Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento. Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la

intervención, así como sus riesgos y consecuencias. En cualquier momento, la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento”.

Código Penal

Menciona el CI al tratar de diversos delitos como causa que excluye o limita la responsabilidad profesional. En concreto, en los delitos de lesiones, si ha mediado el consentimiento válido, libre, espontáneo y expresamente emitido del ofendido, se impondrá la pena inferior en uno ó dos grados, de suerte que el consentimiento no excluye la responsabilidad penal, pero la atenúa (art. 155). En cambio, en otras ocasiones el consentimiento válido, libre, consciente y expresamente emitido, exime, ahora sí, de responsabilidad penal: en los supuestos de transplante de órganos, esterilización y cirugía transexual realizada por facultativo, salvo que el consentimiento se haya obtenido viciosamente, o mediante precio o recompensa, o el otorgante sea menor o incapaz, en cuyo caso no será válido el prestado por éstos ni por sus representantes legales (art. 156).

Ley General de Sanidad

Como se ha dicho antes, la Constitución dispone que la ley establezca los derechos y deberes de todos a propósito del derecho a la protección de la salud. En aplicación de esta norma fundamental se dictó la ley General de Sanidad (ley 14/1986, de 25-Abril), en la que se recogieron una serie de preceptos en relación con el tema que ahora tratamos. Dichos preceptos (artículos 9, 10 y 11) establecen la obligación de los poderes públicos de informar de sus derechos y deberes a los usuarios de los servicios del Sistema Sanitario Público o vinculados a él; disponen que todos tienen derecho a que se les dé en términos comprensibles a ellos y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; determinan las excepciones; configuran la negativa al tratamiento, el alta voluntaria, y los aspectos fundamentales de la historia clínica (art. 9, 10, 11 y 61). Además, todo lo relativo al consentimiento y a la información se aplicaba también a los servicios sanitarios privados, en los términos de la citada ley.

Otros informes y acuerdos

Es interesante destacar que se han producido dos documentos en materia consentimiento informado, que por su importancia, merece tener en consideración. El primero es el acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre el Consentimiento Informado adoptado en la sesión plenaria de 6-noviembre-95. El segundo se refiere al documento final del Grupo de Expertos sobre Información y Documentación Clínica, de Noviembre-1997.

La ley básica reguladora de la autonomía del paciente

Se trata de la ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (ley 41/2002), que deroga en parte la ley General de Sanidad a la que completa y actualiza. Se trata de una ley aplicable a todo el territorio español sin perjuicio de que el Estado y las Comunidades Autónomas adopten en el ámbito de sus respectivas competencias, las medidas necesarias para su efectividad. Es un marco mínimo (básico) pero obligatorio, sin que pueda ser contravenido por las normas de desarrollo, aunque se hayan dictado con anterioridad a la ley básica. Es de

aplicación supletoria en los supuestos de consentimientos informados especiales (investigación, extracción y trasplante, reproducción humana asistida) ó en los que carezcan de regulación especial. Su objeto (art. 1) es la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios, profesionales y de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica. Además, se basa en unos principios básicos y aclara su contenido mediante una serie de definiciones legales.

De entre los principios básicos (art. 2) merecen destacarse: la dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad, y a su intimidad, que orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y documentación clínica. La ley dispone, bajo la inspiración del Convenio de Oviedo, que toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos por la ley. En consecuencia, se afirma que todo paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada entre las opciones clínicas disponibles y que tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la ley, debiendo constar por escrito su negativa al tratamiento. Recoge también esta ley los necesarios deberes en este ámbito, con la mirada puesta en el interés de la comunidad, y así establece que todo paciente o usuario tiene el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público ó con motivo de la asistencia sanitaria. Al mismo tiempo, impone deberes generales a los profesionales de manera que todos los que intervienen en la actividad asistencial están obligados no sólo a la correcta prestación de sus técnicas sino al cumplimiento de los deberes de información y documentación clínica y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente. Además toda persona que elabore o tenga acceso a la información y a la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.

Destacan por su importancia, las definiciones legales que hacen referencia al consentimiento informado, a la información clínica, a la intervención en el ámbito de la Sanidad, a la libre elección y al médico responsable. El consentimiento informado es 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 afecte a su salud. La información clínica es todo dato, cualquiera que sea su forma, clase ó tipo, que permita adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla.

Por intervención en el ámbito de la Sanidad se entiende toda actuación realizada con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores o de investigación. La libre elección es la facultad del paciente o usuario de optar, libre y voluntariamente, entre dos o más alternativas asistenciales, entre varios facultativos o entre centros asistenciales, en los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes, en cada caso. Por último, el médico responsable es el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.

El consentimiento informado en disposiciones especiales

Hay que tener en cuenta que los tratamientos no específicamente curativos son tributarios de una mayor información hasta el extremo de configurar prácticamente, a veces,

una obligación de resultado y no simplemente de medios, como es lo habitual en el actuar médico (por ejemplo, cirugía plástica). Algunos consentimientos informados tienen sus propios y rigurosos requisitos: trasplantes, reproducción asistida, etc. En psiquiatría tenemos la ley del medicamento y la ley de receta médica, regulados por decretos ó leyes específicas.

Normas deontológicas

Podemos citar el actual Código de Ética y Deontología Médica de 1999, que dedica al derecho a la información una parte importante de su contenido (art. 10 y 11). Advertir que se trata de disposiciones que tienen su aplicación en el ámbito interno de la Organización Colegial, pero no pueden ser invocadas con carácter obligatorio respecto de los usuarios de la Sanidad. Ahora bien, por la vía de la costumbre pueden acceder al ordenamiento jurídico (art. 1.1 del Código Civil) sin perjuicio de que puedan constituir un elemento valioso para la interpretación de una norma.

FUNDAMENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO: LA LIBERTAD O AUTODETERMINACION

Las clases de tratamientos sanitarios: voluntarios y obligatorios

La regla general en los tratamientos sanitarios es la voluntariedad (en significado amplio). Sin embargo, como excepción, existe la posibilidad de establecer tratamientos sanitarios obligatorios, es decir, aun sin contar con el consentimiento de los pacientes. Para una intervención sanitaria de tal carácter, nuestra ley exige “razones sanitarias de urgencia o necesidad”, no cabe en esos casos disponer dichas medidas cuando la situación pueda ser combatida con medios normales. Queremos poner de relieve que, junto a los tratamientos voluntarios (que es el régimen normal en la relación médico-paciente), existen por vía de excepción una serie de situaciones (que posteriormente analizaremos), en las que las autoridades sanitarias pueden adoptar “medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización, o control, cuando se aprecien indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población, debido a la situación sanitaria concreta de una persona o grupo de personas o por las condiciones sanitarias en que se desarrolle una actividad”.

Los tratamientos voluntarios y la información: la información terapéutica, la información para el consentimiento, y la información no clínica.

Cuando se habla del deber de información clínica se tiende a identificar tal exigencia con la explicación al paciente de todo aquellos extremos que son necesarios para que éste pueda emitir un consentimiento válido en relación con su tratamiento (consentimiento informado). Sin embargo, cada vez está más ampliamente asumido por profesionales sanitarios y juristas, que el deber de información clínica presenta una doble vertiente, según su función. Por un lado está el deber de información como presupuesto del consentimiento informado, y por otro, el deber de información como presupuesto indispensable de un tratamiento óptimo. La información como derecho autónomo del paciente se configura como aquel derecho a conocer la información disponible, en términos adecuados, comprensibles y

suficientes sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamiento, sin estar orientada a otro fin que el conocimiento por el paciente de su proceso. Dentro de este último se encuentra lo que se denomina deber de información terapéutica, que no es más que aquella información obligada por las necesidades del tratamiento.

Hacer breve referencia a la información no clínica, y, por tanto, al margen de la relación médico-paciente, situándose en este apartado todo lo referente a información epidemiológica, u otras informaciones que no vamos a tratar ahora.

El Consentimiento Informado y su relación con el principio de autonomía

Desde el punto de vista legal, el consentimiento informado es el exponente fundamental del principio de autonomía. Para la Ley, la cuestión consiste en el papel que tengan la información y el consentimiento. Esto es, si lo relevante es la posición del médico, que, en virtud del principio ético de beneficencia tiene como norte el objetivo del bienestar del paciente (aquí la relación se construye alrededor del profesional sanitario); o, si por el contrario, el eje de la relación se construye sobre la autonomía del enfermo, quien, sobre la base de una información adecuada, de unos datos relevantes, queda en libertad para tomar la decisión que crea más oportuna.

En el primer caso (el médico como eje de la situación), la relación se “verticaliza” (modelo vertical). En el segundo caso, (paciente como elemento rector de la situación), se “horizontaliza” (modelo horizontal). En el primer supuesto, la información pasa a un segundo plano, ya que lo importante es el bienestar del paciente. En este modelo, habría que conseguir la salud del enfermo a toda costa (ejemplo clásico, el del testigo de Jehová: se le trasfundirá al final para salvarle la vida aun a costa de su consentimiento, su voluntad, convicciones o creencias). Para esta posición, la información es un elemento accesorio que sólo será útil cuando precisemos la colaboración del paciente (tomar medicación, no tomar determinados alimentos, llevar cierto tipo de vida), pero no sirve para tomar una decisión con suficientes elementos de juicio.

En el segundo supuesto, (modelo horizontal), la información pasa a primer plano y sirve para que se pueda tomar una decisión con pleno conocimiento de causa. Fundamental, es, por tanto, el modo de informar. El modelo horizontal requiere un lenguaje comprensible, no un lenguaje hermético y accesible sólo a los iniciados. La información es aquí para el consentimiento, para la autodeterminación, para consolidar libremente una voluntad. En el primer modelo, la información cumple fines terapéuticos, no “decisorios” (información terapéutica). En el segundo, permite la libre decisión (consentimiento informado). También aquí podemos preguntarnos: la libre decisión, ¿permite el rechazo al tratamiento ó negarse a uno mismo la curación?. La respuesta, en tesis general, debe a juicio de los autores (Sánchez Caro), ser afirmativa con todas sus consecuencias (incluso en el caso de los testigos de Jehová).

Hemos dicho que el consentimiento informado descansa sobre una información comprensible. Aunque lo veremos más adelante, esto significa que el lenguaje y la comunicación en general, debe acomodarse al entorno cultural de la persona que tenemos delante. Si el paciente no es médico (que será lo más frecuente), el lenguaje debe formularse de una manera aproximativa, leal, e inteligible.

Todo lo dicho previamente, no significa que el principio de autonomía (y su versión jurídica del consentimiento informado) constituya una panacea que permita solucionar todas las posibles situaciones en que se encuentre la relación médico-paciente. Aun reconociendo la importancia de la información y del consentimiento, la complejidad médica nos puede presentar situaciones en las que el principio de autonomía no es relevante por si sólo, sino que tiene que ser objeto de ponderación junto con otros principios (tal es el caso de la

experimentación terapéutica, la investigación con y en seres humanos, y el llamado auxilio a morir, casos en que no vamos a entrar porque sobrepasan los límites de este trabajo); asimismo, veremos más adelante las excepciones al consentimiento informado.

LOS ELEMENTOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Como es conocido, en bioética, los elementos fundamentales del CI son la información, la voluntariedad y la capacidad, que, a su vez, son las más complejas e importantes, lo vamos a ver a continuación. Veremos después, las cuestiones relativas al consentimiento, que, en alguna medida viene resueltas por la posición que se haya adoptado en materia de información.

Información

La ley 41/2002 constituye en este momento, el marco normativo general en relación con la información clínica; asimismo se aplica en el ámbito sanitario la Ley que regula la protección de datos de carácter personal (Ley Orgánica 15/1999 de protección de datos de carácter personal). Este marco normativo se acomoda a los artículos correspondientes del Convenio de Oviedo.

La ley del paciente (41/2002) en su artículo 4, regula el derecho a la información asistencial bajo el principio general de que los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de la salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada (recoge, por tanto, por primera vez la existencia de excepciones al derecho a la información e inaugura en nuestro ordenamiento jurídico el derecho a no saber, que ya estaba regulado en el Convenio de Oviedo). A continuación la ley establece la regla general relativa a que la información se proporcionará verbalmente, con constancia en la historia clínica, y que comprenderá, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias. Añade, además que 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 (la regla general es, ahora la información verbal, y se ha sustituido la “información completa” que exigía la Ley General de Sanidad por la “información adecuada” que ya estaba establecida en el Convenio de Oviedo). Sanciona, finalmente, el derecho a la información sanitaria estableciendo que el médico responsable del paciente es quien garantiza el cumplimiento del derecho a la información, si bien otros profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica ó un procedimiento concreto también serán responsables de informarles.
(1)

La información como presupuesto del CI

En primer lugar, señalar que la información constituye un proceso de relación, y es, por tanto, un proceso verbal, hablado, en el cual se produce una continua interacción e intercambio de información entre el sanitario y el paciente. Es quizás en este sentido en el que debería haberse interpretado el término “información completa y continuada” de la Ley General de Sanidad. Desde este punto de vista, se puede decir que el criterio de información que se debe aplicar en la relación clínica es siempre “subjetivo”, es decir, es importante, y no

fácil, detectar qué, cómo y cuándo informar; debe informarse al paciente sobre el proceso que está viviendo, tratando de averiguar qué y hasta dónde desea saber. Se le debe aportar toda la información necesaria para tomar una decisión, sin sobrecargarle con un exceso de datos, que pudiera ser difícil de recordar. Habría que transmitir la información que una persona sensata, en la posición del paciente, querría conocer con el fin de tomar una decisión, lo que se ha dado a llamar el “criterio de la persona razonable”. Todo esto supone un reto para los médicos, ya que nos urge a mejorar nuestros métodos y canales de comunicación con los pacientes. La comprensibilidad de la información es otro requisito formal capital pues sólo se puede garantizar la comprensión racional del mensaje si se utiliza un lenguaje asequible y adecuado al nivel cultural e intelectual y a las condiciones emocionales del sujeto, huyendo del uso de tecnicismos. Asimismo, las noticias que puedan ser inquietantes para el paciente deben ser transmitidas gradualmente y de manera que disminuya la angustia. (1, 2)

Destinatarios de la información

En principio, el destinatario de la información es el propio paciente ó usuario, o la persona legitimada para recibirla. Se presumirán legitimados a estos efectos sus familiares más próximos y los acompañantes en el momento de la admisión en el hospital, si así lo autoriza el paciente de manera expresa ó tácita (hechos concluyentes). En el caso de menores o incapaces, se recurrirá a la figura del representante legal o pariente más próximo, y, cuando así lo exijan las leyes para determinados supuestos especiales, se informará, si es preciso, al propio juez (por ejemplo, en los supuestos de internamiento psiquiátrico involuntario).

En el caso de que el médico dude de la capacidad de hecho del paciente para tomar decisiones, aun cuando éste, siendo mayor de edad y legalmente capaz, haya dado su consentimiento a la intervención, parece recomendable recabar de los familiares que asuman o no la decisión del paciente, y, en caso de discordancia, recurrir al juez.

La ley del paciente, establece, en su artículo 5, que el titular del derecho a la información es el paciente, aunque también serán informadas las personas vinculadas a él por razones familiares ó de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa ó tácita. Más aún, el paciente será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal. Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho. La excepción al derecho a la información sanitaria (tratada también por la ley, llamada estado de necesidad terapéutica) será tratada más adelante. (1)

Voluntariedad

El requisito de voluntariedad quedó configurado dentro de la teoría del CI desde la aparición del Código de Nuremberg que en su primer artículo comienza con la frase “El consentimiento voluntario del sujeto es absolutamente esencial”. Este concepto se ha desarrollado desde la perspectiva bioética, con las aportaciones, fundamentalmente, del Informe Belmont y el análisis de Faden y Beauchamp (1986).

Desde la perspectiva del Derecho Español, el requisito de libertad es fundamental en la teoría del consentimiento, ya que, para nuestro ordenamiento, el consentimiento supone la concurrencia de dos libres voluntades sobre un mismo objeto –en este caso, la actividad médica sobre el cuerpo del paciente-. Por ello el consentimiento no será válido si es emitido bajo la influencia de los llamados vicios de la voluntad.

Según el Código Civil los vicios de la voluntad son el error, la violencia, la intimidación y el dolo. Por su parte el Código Penal señala que las actuaciones de un sujeto susceptibles de quebrar la voluntad de otro son la amenaza, la coacción, el engaño y el error. Así pues, existe un acusado paralelismo entre la perspectiva civil y la penal. La violencia civil tiene su correlativo penal en la coacción, la intimidación en la amenaza, el dolo civil en el engaño penal y el error civil en el error esencial penal. No obstante, la teoría del consentimiento informado ha superado en el momento actual la teoría contractual, para basarse en la autodeterminación personal y en la libertad y dignidad humanas.

En la práctica clínica, los problemas sobre la validez del consentimiento, suelen deberse a las dificultades existentes para diferenciar la coacción de la persuasión, sobre todo cuando se presenta una forma sutil de coacción que podría llamarse “coacción situacional” que es aquella que sufren algunos residentes de determinadas instituciones (psiquiátricas, penales, de rehabilitación y de otro tipo) en las que se les considera incapaces de otorgar un consentimiento voluntario para cualquier tipo de procedimiento deseado por la institución. La actitud pasiva de dichos residentes, que aceptan sin más las recomendaciones que se les dan, se debería a la dependencia que tienen de dicha institución para satisfacer muchas de sus necesidades y, en algunos casos, para así poder tener la oportunidad de salir de ella.

También en la relación habitual médico-paciente puede existir una coacción de tipo inconsciente, (muchas motivaciones de la conducta escapan al control de la conciencia). El médico, conociendo que la voluntariedad es muy difícil de delimitar, debería reducir su *rol* a la persuasión, la más sutil de las formas de la coacción. La persuasión existe en todas las relaciones interpersonales y es perfectamente legítima desde el punto de vista ético. Se admite que el CI obtenido de un paciente al que su médico ha persuadido para que decida en un determinado sentido es perfectamente válido, ya que la forma de influencia típica de la persuasión es la argumentación racional y ésta permite la libertad de decisión del otro. De igual modo se pueden considerar aceptables las recomendaciones hechas al paciente por el personal sanitario para que acepte un tratamiento que le ha sido recomendado, o las presiones de los miembros de la familia para que acepte o rechace un determinado procedimiento terapéutico.

La persona susceptible de cuidados psiquiátricos está en situación de especial vulnerabilidad por su propia psicopatología. El conocimiento de la transferencia puede ser utilizado sutilmente para lograr que el paciente se someta al tratamiento propuesto por el psiquiatra. Los pacientes con regresión pueden desarrollar una relación de intensa dependencia con el terapeuta, haciendo así imposible el que puedan tomar una decisión autónoma sobre el tratamiento. Aunque el psiquiatra no desee más que ayudar al paciente, la coacción puede estar presente cuando “benévolamente” le amenaza con no dejarle salir del hospital si no toma la medicación. El terapeuta debe minimizar este riesgo de coaccionar, al que le lleva su excesivo poder sobre el paciente, estableciendo con él una alianza terapéutica. (1,2)

Capacidad

Es el elemento del CI que suscita más dudas, ya que la capacidad es un concepto complejo, no bien establecido, que participa de la Filosofía, el Derecho, la Medicina y la Psicología, y que se utiliza unas veces como equivalente a capacidad legal, y otras como capacidad mental. Por tanto, muchos expertos consideran que no es posible una única definición aceptable ni un único criterio posible de capacidad.

El único significado fundamental de la palabra capacidad, que se puede encontrar en todos los contextos en que se emplea de forma adecuada es la de “habilidad o aptitud para realizar una determinada tarea” (Culvert y Gert, 1982). En contraste con este significado, el

criterio de capacidad en particular varía de un contexto a otro, porque los criterios se refieren a tareas concretas: es diferente el criterio de capacidad para asistir a un juicio, criar perros, firmar cheques, etc. La capacidad para decidir se refiere a la decisión particular que se espera tomar, y en general se admite que una persona determinada raramente será considerada incapaz en relación con todas las esferas de la vida. En el tema que nos ocupa, necesitamos considerar la capacidad para decidir sobre el tratamiento, o, en su caso, para participar en una investigación. Estos juicios de capacidad/incapacidad afectan solamente a una parte limitada de la toma de decisiones. Así, una persona incapaz de decidir sobre finanzas es capaz de someterse a una prueba diagnóstica ó de asumir un tratamiento. Por tanto, la capacidad se comprende mejor de forma concreta que de forma global.

La capacidad del paciente no permanece necesariamente estable a lo largo del tiempo, sino que puede variar. Puede haber una limitación temporal, y ello requiere distinguir las enfermedades que originan cambios crónicos del intelecto, del lenguaje o la memoria, de aquéllas otras que se caracterizan por la rápida recuperación de estas funciones (ataque isquémico transitorio, amnesia global transitoria, y otras). En alguno de estos últimos casos la capacidad varía de hora en hora, presentando los pacientes una capacidad intermitente.

Como señalan Beauchamp y Childress, existe asimismo una estrecha relación entre el concepto de capacidad de tomar decisiones y el concepto de autonomía. Aunque ambos conceptos tienen diferente significado (autonomía significa autogobierno; capacidad, habilidad para realizar una tarea), el criterio de autonomía de la persona y el de capacidad de la persona son francamente similares. Un sujeto tiene capacidad para tomar una decisión si puede comprender la información fundamental, hacer un juicio sobre la información de acuerdo con su esquema de valores, buscar un cierto resultado y comunicar libremente su deseo a los que le tratan. La Ley, la Medicina, y en cierta medida la Filosofía suponen un contexto en el cual las características de una persona capaz coinciden con las propiedades que posee la persona autónoma. Las dos hipótesis posibles son que la persona autónoma es (necesariamente) una persona capaz (para tomar decisiones) y que el juicio sobre si una persona es capaz para autorizar o rechazar una intervención debería estar basado en si esa persona es autónoma.

Las personas son más o menos capaces de realizar una tarea según el nivel ó número de aptitudes-habilidades que posean. Por ejemplo, es más probable que un paciente inteligente y experimentado esté más cualificado para consentir un procedimiento en la sala de urgencias, que otro paciente asustado e inexperto. Estas habilidades o aptitudes constituyen un continuum que se extiende desde la maestría o dominio completo (capacidad plena) a varios niveles de dominio parcial, hasta llegar a la ineptitud completa (incapacidad total). Por razones prácticas, tenemos que trazar en ese continuum, puntos de corte ó umbrales, por debajo de los cuales una persona con un cierto nivel de habilidades es incapaz y su grado de autonomía personal se considera insuficiente. Y, al revés, por encima de ese umbral se trata de sujetos capaces con un grado de autonomía personal suficiente.

Ni todos los sujetos capaces son igualmente capaces, ni todos los incapaces lo son igualmente. El lugar donde se sitúe el punto de corte dependerá de la tarea particular implicada.

La Asociación Americana de Psiquiatría tiene establecido en su “Documento sobre los principios del consentimiento informado en Psiquiatría” que algunos trastornos psiquiátricos anulan la capacidad de decisión del paciente, produciendo una incapacidad, y otros la disminuyen parcialmente (limitando su extensión o amplitud) o temporalmente (limitando su duración). En ese Documento se refieren las normas a seguir ante cada uno de esos casos.

En línea con Beauchamp y Childress; White ha intentado concretar el concepto de capacidad. Entiende que el nivel de autonomía personal que llamamos capacidad, viene definido básicamente por la presencia ó ausencia de un cierto número de habilidades ó

aptitudes, principalmente psicológicas presentes en un grado aceptable, y la evaluación de la capacidad de un paciente consiste precisamente en determinar el nivel de posesión de esas aptitudes o habilidades. Subraya la necesidad de evaluar las habilidades afectivas además de las cognitivas.

Pero la cuestión de quién es capaz de dar un consentimiento informado ofrece todavía muchas dudas. Aun admitiendo que exista un consenso sobre el criterio psicológico que define la capacidad, existe un criterio social que está invariablemente implicado en su determinación. Este criterio social de capacidad para consentir puede variar considerablemente de una comunidad a otra y de una cultura a otra. Desde el punto de vista clínico, se ha propuesto una definición operativa de capacidad: es la habilidad mental del paciente para decidir de acuerdo con sus objetivos, intereses y valores (Lynn).

Según Appelbaum y Gutheil, en el ámbito clínico el médico puede verse obligado a determinar dos tipos diferentes de capacidad: capacidad general y capacidad específica, si bien la determinación de la capacidad general supone también un contexto concreto: los asuntos cotidianos de la vida. La capacidad general se define por la habilidad para manejar los propios asuntos de una manera adecuada. Una situación habitual, en la que se pide al médico que informe sobre la capacidad general de un paciente, se presenta cuando la familia de un anciano con demencia teme que éste no sea ya capaz de pagar sus facturas, cuidar su vivienda o conservar su salud. La familia puede solicitar que se haga una evaluación de la capacidad del paciente para que se le nombre un tutor.

En cambio, la capacidad específica está relacionada con una determinada tarea: redactar un testamento, votar, hacer un contrato, etc. En el tema del CI, nos interesa hablar de la capacidad para tomar decisiones sobre un procedimiento diagnóstico ó terapéutico (en lo sucesivo, capacidad de decisión o capacidad de consentimiento). También, por extensión, algunos psiquiatras evalúan la capacidad en relación con el internamiento psiquiátrico voluntario, ya que éste se puede considerar como el comienzo del tratamiento psiquiátrico, en muchos casos. Entre los pacientes psiquiátricos que pueden tener afectada su capacidad de decisión más frecuentemente están los deficientes mentales, los que presentan deterioro orgánico y los psicóticos.

Legalmente sólo los pacientes capaces pueden consentir un tratamiento o un procedimiento diagnóstico, y todos los pacientes son considerados capaces legalmente (de jure) mientras no se les haya declarado incapaces o están incapacitados temporalmente (de facto) por encontrarse en una situación de urgencia médica.

En EEUU se emplean los términos competency y capacity para referirse a la capacidad, utilizándose indistintamente en muchas ocasiones y de forma confusa, o incluso contradictoria, en otras. "Capacity" denota un estatus clínico que evalúa un profesional de la salud, mientras "competency" se refiere a un estatus legal, que sólo puede ser apreciado por un profesional legal, como un juez. En castellano utilizamos de forma similar capacidad y competencia, aunque como hemos dicho antes, hablemos de capacidad de decisión en este ámbito.

Evaluación de la capacidad de decisión

Los criterios utilizados en Medicina y en Derecho para evaluar la capacidad tienden a destacar habilidades ó aptitudes mentales muy relacionadas con las características de la persona autónoma, como las habilidades cognitivas, y la independencia de juicio ó criterio. En Derecho Penal y Civil y medicina clínica los criterios de capacidad se han agrupado en relación con algunas habilidades para comprender y procesar la información y para razonar sobre las consecuencias de una acción. En general, en el contexto biomédico se suele considerar capaz a una persona si puede comprender un tratamiento o una investigación,

razonar sobre los principales riesgos y beneficios y tomar una decisión de acuerdo con sus razonamientos. A continuación exponemos los criterios o test legales que se utilizan en EEUU, los primeros criterios de evaluación de la capacidad de decisión, protocolos y cuestionarios propuestos a lo largo del tiempo, circunstancias que influyen en dicha evaluación y finalmente veremos la capacidad en el Derecho español y en la praxis habitual.

Criterios de capacidad de decisión

El criterio más utilizado en EEUU, a nivel legal, es el propuesto por Roth y colaboradores en 1977. Ellos insisten en lo que ya se ha comentado: que la capacidad se debe presumir mientras no se pruebe lo contrario. Para los casos en que la evaluación de la capacidad sea problemática, los autores han ideado una escala móvil de test de capacidad que va desde el test más simple, que sirve para saber si el paciente manifiesta su decisión ante el procedimiento que se le propone, hasta el test más elaborado, que explora con detalle si el paciente comprende realmente todos los elementos de la decisión a tomar. En concreto, los autores describen los siguientes test:

1. Comunicar una decisión: elegir, decir sí ó no ante el procedimiento diagnóstico ó terapéutico propuesto, afirmar o negar con la cabeza o empeñarse en otro comportamiento significativo, es el test situado a un nivel más bajo de exigencia para evaluar la capacidad, y el más respetuoso con la autonomía del paciente.

2. Tomar una decisión razonable: idéntica a la que tomaría una “persona razonable” si se encontrara en la misma situación del paciente. Aquí el énfasis se pone en el resultado de la decisión tomada más que en si ésta existe auténticamente ó en la forma en que se alcanzó.

3. Tomar una decisión basada en motivos racionales: es un test que busca evaluar la calidad del proceso de razonamiento del paciente más que el resultado del mismo. Permite detectar decisiones realizadas por un sujeto que tenga afectado su raciocinio debido a una enfermedad mental. Según este criterio, el sujeto que toma decisiones basadas en un razonamiento delirante se considera incapaz.

4. Comprender la información necesaria para tomar la decisión: ésto supone comprender el significado de la información ofrecida, los riesgos, beneficios y alternativas del tratamiento. Constituye el test más en línea con la actuación de los tribunales, que de hecho asocian capacidad y comprensión y lo expresan indicando que los pacientes que conocen o comprenden los riesgos y beneficios de los que se les informa, son capaces.

5. Comprender realmente todos los aspectos relevantes de la decisión a tomar: éste es el test más complejo y el situado a un nivel más alto de exigencia. Establece la capacidad del sujeto analizando a posteriori la forma en que el paciente ha comprendido realmente la situación en que se encuentra y la información relevante para tomar finalmente una decisión. Los problemas que se presentan a la hora de utilizar este criterio son importantes, ya que no existe una definición aceptada universalmente de la comprensión y los procedimientos utilizados para evaluarla tienen grandes dificultades. La mayoría de procedimientos se han centrado en evaluar la memoria como si ésta fuera sinónimo de comprensión, cuando de hecho, lo que los pacientes recuerdan es sólo una parte de lo que pueden haber comprendido. Además, la información puede no haber sido proporcionada, o ser inadecuada.

Los autores reconocen que la búsqueda de un sólo test de capacidad es una utopía; y que los criterios se utilizan aisladamente o todos a la vez según los casos concretos en que se aplican, de ahí la confusión que suponen. Los autores propusieron que los criterios se utilizaran de forma jerárquica, teniendo en cuenta la trascendencia de la decisión a tomar. Diseñaron un modelo para evaluar la capacidad del paciente basado en el balance riesgo/beneficio del tratamiento propuesto, que ha influido mucho posteriormente. Según ellos, cuando el balance riesgo/beneficio es favorable y el paciente consiente el tratamiento, se puede aplicar un test de capacidad de bajo nivel de exigencia. También se podría aplicar dicho test de capacidad de bajo nivel cuando el balance riesgo/beneficio es desfavorable y el paciente no acepta. Por contra, habrá que aplicar un test de alto nivel de exigencia cuando el paciente rechaza un tratamiento con un balance riesgo/beneficio favorable, o cuando lo consiente con uno desfavorable. En el fondo, este modelo refleja la predisposición de los tribunales y de los clínicos a facilitar tratamientos considerados médicamente necesarios y a proteger a los pacientes de tratamientos arriesgados o especulativos (ver tabla a continuación).

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SELECCION DE UN TEST DE CAPACIDAD (Roth y col)

DECISION	Balance riesgo/beneficio	
	FAVORABLE	DESFAVORABLE
CONSENTIMIENTO	Test de capacidad bajo	Test de capacidad alto
RECHAZO	Test de capacidad alto	Test de capacidad bajo

Posteriormente, White ha criticado el papel que se atribuye a las consecuencias de las decisiones de los pacientes para evaluar la capacidad. Según él, realizar la evaluación de la capacidad teniendo en cuenta las consecuencias para el paciente de las decisiones que tome no protege su autonomía. El médico puede querer lógicamente evitar que el paciente tome las decisiones que le suponen más riesgo, pero quizás busca más proteger sus propios intereses profesionales y personales que los del paciente. Este autor considera que se debe evaluar la capacidad de decisión independientemente de sus consecuencias.

Appelbaum y Roth (1982) expusieron una serie de criterios que representan una elaboración posterior de los criterios de Roth et al, y que son los más citados en la literatura mundial. Se agrupan en cuatro clases, con un nivel de exigencia progresivamente mayor, suprimiendo el criterio relativo a tomar una decisión “razonable” y agrupando en un solo criterio los antiguos criterios 4 y 5 de Roth y añadiendo la apreciación de la naturaleza de la situación y sus posibles consecuencias. Son los siguientes:

1. Comunicar una decisión.
2. Comprender la información recibida para tomar la decisión sobre el tratamiento.
3. Razonar sobre el riesgo o beneficio que entrañan las diversas opciones.
4. Apreciar el significado que tiene la información que se le trasmite sobre su enfermedad y los posibles tratamientos alternativos.

Estos criterios reflejan los cuatro aspectos de la toma de decisiones, importantes en la evaluación de la capacidad: elegir, comprender, razonar y apreciar. Cada criterio sería progresivamente más exigente que el anterior, por lo que ante una determinada situación

habría que elegir uno u otro según el grado de complejidad de la misma para el paciente, teniendo siempre en cuenta el balance riesgo-beneficio. El test de apreciar, que tiene componentes cognitivos y emocionales, ha sido considerado como el que indica un mayor grado de comprensión. Su utilidad es evidente en el paciente delirante que niega su enfermedad y, por tanto, la necesidad del tratamiento. Dicho paciente puede comprender lo que se le explica, pero no apreciar el significado que la información tiene para él.

Posteriormente Appelbaum y Grisso en 1988, y posteriormente ellos mismos en 1995, hicieron una crítica parcial a su planteamiento anterior. Los criterios no seguirían un orden riguroso progresivo, sino que más bien medirían aptitudes algo diferentes, por lo que un paciente concreto podría ser considerado incapaz ante un criterio determinado y capaz ante otro, y el porcentaje de pacientes considerados incapaces aumentaría al aplicar varios criterios a la vez. Describieron con carácter experimental una serie de instrumentos o conjunto de medidas para evaluar las habilidades ó aptitudes propias de cada criterio, publicando finalmente un manual: “Evaluación de la capacidad para consentir el tratamiento”, en el que añadían un apéndice, el “Mac Arthur competence assesment tool-treatment (Mac CAT-T)” para llevar a la práctica el test que proponen. Así, mediante una entrevista clínica estructurada, se proporciona al paciente la información adecuada para obtener su consentimiento informado, y se evalúa al mismo tiempo, su capacidad para comprender dicha información y para tomar decisiones sobre su tratamiento, basándose en ella. Se analizan, mediante diversos tipos de preguntas, 10 subcriterios derivados de los 4 criterios generales y en cada uno de dichos subcriterios se consideran tantos *ítem* como sean necesarios para una buena evaluación. La puntuación de cada uno de estos ítem será de 0 (el paciente no entiende), 1 (lo entiende parcialmente) y 2 (lo entiende de forma adecuada). Dividiendo la puntuación obtenida en cada ítem por el número de ítem analizados se obtendrá la puntuación final del subcriterio, que oscilará siempre entre el valor 0 y el 2. (ver tabla a continuación).

Mac CAT-T: Criterios, subcriterios y puntuaciones

<u>CRITERIO</u>	<u>SUBCRITERIO</u>	<u>PP</u>	<u>PT</u>
<u>COMPRESION</u>	-De la enfermedad	<u>0-2</u>	<u>0-6</u>
	-Del tratamiento	<u>0-2</u>	
	-De beneficios y riesgos	<u>0-2</u>	
<u>APRECIACION</u>	-De la enfermedad	<u>0-2</u>	<u>0-4</u>
	-Del tratamiento	<u>0-2</u>	
<u>RAZONAMIENTO</u>	-Sobre las consecuencias	<u>0-2</u>	<u>0-8</u>
	-Comparativo (con otros tratamientos)	<u>0-2</u>	
	-Predictivo (de las posibles consecuencias)	<u>0-2</u>	
	-Consistencia lógica (del procedimiento)	<u>0-2</u>	
<u>ELECCION</u>	-Comunica una decisión	<u>0-2</u>	<u>0-2</u>

PP = puntuación parcial de cada subcriterio

PT= puntuación total posible del criterio

En el manual se explica de forma muy clara y con ejemplos la forma de explorar y puntuar los criterios y subcriterios. Finalmente mediante la suma de las puntuaciones de cada subcriterio obtendremos la puntuación final del criterio. Los autores no consideran interesante dar una puntuación final “total”. El test se considera en la actualidad, viable, fiable y válido,

habiéndose probado su utilidad en psiquiatría, para evaluar la capacidad para consentir un tratamiento.

Otros intentos de evaluación

Partiendo de la estrategia de Roth et al., Drane propuso en 1985 un modelo de determinación de la capacidad que denominó “Escala Móvil de Capacidad”, que ha sido considerado en EEUU como la respuesta más completa al reto que supone el uso de criterios para delimitar la capacidad. Sintetiza fundamentalmente las ideas de Roth. La Escala Móvil consta de tres niveles: nivel I, II y III. Cada nivel está integrado por tres elementos: un tipo de decisión característico, los requisitos de capacidad que se consideran necesarios, y algunos estados mentales ó patologías que condicionan tanto la capacidad como la incapacidad para tomar decisiones de ese nivel. En cada nivel se establecen decisiones y requisitos de capacidad progresivamente de mayor dificultad y exigencia.

De acuerdo con su teoría, cuando las consecuencias de la decisión adoptada se vuelven más serias, el criterio para evaluar la capacidad se vuelve más estricto y exigente. Su propuesta gira de forma constante en torno a la preocupación de articular adecuadamente los principios de autonomía y beneficencia. En el primer nivel los criterios de capacidad consisten en conocer (tener conciencia de la propia situación) y asentir de alguna forma a las opciones propuestas. En el segundo nivel, los criterios de capacidad aplicados consisten en comprender la situación clínica y el tratamiento, y en la capacidad de elegir de acuerdo con las expectativas del médico. En el tercer nivel los criterios consisten en apreciar (compresión reflexiva y crítica) la enfermedad y el tratamiento, y en decidir de una manera racional de acuerdo con las consideraciones más relevantes. En resumen, podríamos decir que elegir algo que es razonable para el que evalúa es suficiente test para aquellos tratamientos que son claramente seguros y efectivos. Según vayan siendo más complejas las decisiones a tomar sobre el tratamiento, y más serias sus consecuencias, habrá que utilizar los test de racionalidad y de apreciar. La Escala Móvil, señala, como lo hicieron Appelbaum y Roth, que algunos estados mentales y algunas patologías psiquiátricas pueden condicionar la capacidad.

Influencia de los factores clínicos

Appelbaum y Roth, en un trabajo dirigido sobre todo a los psiquiatras, describían los factores clínicos que podían influir en la evaluación de la capacidad para consentir el tratamiento, al margen del test utilizado. Se exponen a continuación:

1. Factores psicodinámicos: Determinados procedimientos o tratamientos generan ansiedad y miedo en algunos pacientes, llegando incluso a provocar regresiones a niveles primitivos de defensa, incluso psicóticos, para controlarlos. El paciente puede presentar un estado de aparente incapacidad que le impida la obtención del adecuado consentimiento. Por ejemplo, una paciente ante la perspectiva de una mastectomía por cáncer de mama puede tener miedo a que, tras la operación, sus amigos la abandonen por no considerarla una “mujer completa” pudiendo llegar a negar la enfermedad o distorsionar la realidad.

2. La calidad de la información proporcionada por el paciente; tomada como única referencia, para evaluar la capacidad, puede conducir a errores, ya que el paciente puede ocultar datos o síntomas. En ese caso hay que contrastar dicha información con la aportada por familiares y amigos.

3. La cantidad y calidad de la información proporcionada al paciente deben ser verificadas por el psiquiatra, porque a veces un paciente mal informado puede aparecer como un presunto incapaz.

4. Estabilidad del estado mental del paciente. El estado mental es a menudo, poco estable, variando con el curso clínico, lo que obliga al psiquiatra a evaluarle en varias consultas. Pacientes con demencia ligera o moderada, por ejemplo, tienen tendencia a tener fluctuaciones muy marcadas del nivel de funcionamiento, dependiendo del día, de la medicación que estén tomando, de la asociación de otra enfermedad y muchas otras circunstancias.

5. Efectos del medio asistencial. El medio ambiente físico y humano que rodea al paciente puede ser un factor que altere la evaluación de la capacidad, haciendo pasar por incapaz a un paciente que en realidad no lo es.

Cuestiones y protocolos de evaluación

Se han propuesto diversos cuestionarios y protocolos para completar los criterios expuestos, sin que hasta la fecha ninguno de ellos haya logrado destacar sobre los demás.

Ello origina que la forma en que en la actualidad se evalúa la capacidad de decisión siga siendo algo bastante irregular.

El Cuestionario para Evaluar los Criterios de Capacidad de Appelbaum y Grisso (1988) fue propuesto para aquellos pacientes en los que se discute la capacidad para consentir el tratamiento. En dicho cuestionario se estructuran una serie de preguntas relacionadas con los cuatro criterios de capacidad más utilizados en los tribunales de justicia norteamericanos. Las cuestiones son las siguientes:

- Comunicar una decisión

1. ¿Ha decidido usted (Ud.) si va a seguir la indicación que le ha hecho su médico sobre el tratamiento? (puede repetirse para evaluar la firmeza de la decisión)

- Comprender realmente la información recibida.

1. Por favor, dígame con sus propias palabras lo que el doctor le ha dicho sobre:

- a) su estado de salud
- b) el tratamiento recomendado (o diagnóstico)
- c) los posibles beneficios del tratamiento
- d) los posibles riesgos (o molestias) del tratamiento
- e) cualquier otro tratamiento posible que pudiera ser utilizado y sus riesgos y beneficios
- f) los posibles riesgos y beneficios de no recibir ningún tratamiento

- Apreciar la situación y sus consecuencias.

1. Por favor, explíqueme qué es lo que va mal en su salud ahora.
2. ¿Cree Ud. que necesita algún tipo de tratamiento? ¿Cuál cree que será el resultado?
3. ¿Qué cree Ud. que sucederá si no se trata?
4. ¿Por qué piensa Ud. que el doctor le ha recomendado (tratamiento específico)?

- Razonar sobre el riesgo o beneficio que entrañan las diversas opciones.

1. Explíqueme por qué ha tomado la decisión de aceptar (o rechazar) el tratamiento recomendado.
2. ¿Cuáles han sido los factores más importantes que ha considerado para decidirse?
3. ¿Cómo ha considerado los diversos factores?

Otra estrategia para evaluar la capacidad de decisión ha sido elaborar cuestionarios específicos para procedimientos terapéuticos o situaciones concretas.

Algunos de los protocolos, los menos, proceden del campo de la neurología y están basados en la idea de que los déficits de carácter neurológico que alteran las capacidades mentales, pueden originar la incapacidad de un paciente para tomar decisiones de igual forma que las alteraciones psíquicas. Entre ellos podemos destacar el Protocolo de Freedman, Stuss y Gordon (1991) quienes han destacado las actividades cognoscitivas necesarias para un buen ejercicio de la capacidad, dejando al margen los componentes afectivos. Para ellos, las áreas cognitivas de la capacidad que deben evaluarse de forma correcta son las siguientes: atención, lenguaje, memoria y funciones del lóbulo frontal (conciencia y juicio). Lo más interesante de las aportaciones como la señalada ha sido que la exploración de la capacidad no puede ser exclusivamente psiquiátrica, sino que se debe también considerar el área neurológica. De hecho, algunos clínicos sugieren la utilización de un test neurológico –como el Minimal Test de Folstein (MMS)- como test de screening de la capacidad. La ventaja de utilizar un test como el mencionado radica en que es muy rápido, manejable, y, al poder ser cuantificado, bastante objetivo, (la versión española de este test es el Mini-Examen cognoscitivo de Lobo y Ezquerro). Siempre habrá que tener en cuenta que estas pruebas para evaluar las capacidades cognitivas sólo miden rasgos generales, no específicamente la capacidad para tomar decisiones. Pero cualquiera de ellas es útil como evaluación inicial de un paciente que se sospecha sufre un deterioro cognitivo grave.

Los tres protocolos más conocidos para evaluar la capacidad proceden del campo psiquiátrico: el protocolo de preguntas de Kaplan y Price (1989), el sistema de Historietas de Fitten (1990) y el Test de Hopkins de Evaluación de la Capacidad (THEC) (1992). Otra prueba que procede de la clínica psiquiátrica es la Relación de Criterios para Juzgar la Capacidad de Consentimiento, de Neuberger (1993).

La escasa atención que se presta en las pruebas a la posibilidad de que el afecto, un estado emocional o un trastorno afectivo, puedan influir en la capacidad de decisión del paciente, ha sido interpretada como la continuidad de un modelo (o paradigma) mecanicista anticuado de la racionalidad y de la imagen racional del individuo que toma las decisiones. Tal paradigma considera que el individuo ideal que toma decisiones es aquel que prescindir de la afectividad y de los factores afectivos. La presencia de las emociones se consideraría así como un factor que contamina la toma de una decisión racional; por el contrario, se piensa actualmente que los estados afectivos pueden modificar (y los trastornos afectivos impedir) la capacidad de decisión de una forma identificable, sobre todo influyendo sobre el significado y el valor que se da a los riesgos y beneficios del tratamiento, de modo que el paciente puede ser incapaz de apreciar los beneficios, o bien puede estar excesivamente preocupado, o despreocupado, por los riesgos. En resumen, aun gozando de una buena capacidad cognitiva para realizar el proceso de consentimiento informado, se puede tener una “mala capacidad afectiva” que acaba alterando dicho proceso. (1)

Podemos afirmar que: enfermedad mental y capacidad disminuida o ausente no son términos sinónimos: no todas las personas que sufren trastornos psíquicos son incapaces ni todas las personas que en un determinado momento son incapaces para tomar una decisión sufren un trastorno psíquico. Una visión restrictiva de su capacidad puede privar a los pacientes mentales de participar en su tratamiento y así perpetuar actitudes paternalistas clásicas. Existe el riesgo de generalizar, negando de entrada la capacidad de todos los

pacientes esquizofrénicos. A partir de esta concepción, podría incluso suponerse impropio facilitar cualquier tipo de información a los pacientes, o podría llegarse a dudar sobre la conveniencia de implicarles mínimamente en su tratamiento. Esta actitud daría lugar a comportamientos paternalistas que representarían una gran pérdida para la relación clínica y la alianza terapéutica. Tener en cuenta, como ya se ha dicho antes, que la capacidad debe presumirse y la incapacidad tiene que demostrarse.

Por otro lado, en la organización sanitaria actual, presidida por un modelo de eficiencia orientado a hospitalizaciones breves y con una relación muy dispersa del paciente con el equipo tratante, tenemos que reconocer que conocemos poco a los pacientes, sus inquietudes, sus deseos de recibir información y sus “escalas de valores”. El CI nos plantea la exigencia y la oportunidad de modificar nuestra práctica para solventar estas carencias. (2)

Capacidad, en el derecho español

Desde la perspectiva jurídica, De Castro definía la capacidad como “la cualidad de la persona de ser titular de las distintas relaciones jurídicas que la afectan”. Díez Picazo y Gullón afirman que “la capacidad jurídica es la aptitud o idoneidad para ser titular de derechos y obligaciones”. Se pueden distinguir dos tipos de capacidad: la capacidad jurídica y la capacidad de obrar.

En el Derecho español vigente, tiene capacidad jurídica todo ser humano por el hecho de serlo, sin más requisitos, desde su nacimiento hasta su muerte. El concepto de capacidad jurídica se asimila con el de personalidad; es decir, la personalidad sería emanación jurídica de la persona. Por otra parte, se puede llamar capacidad de obrar al poder realizar actos con eficacia jurídica, es decir, capacidad para adquirir y ejercitar derechos y asumir obligaciones. La capacidad de obrar va a depender del estado civil de la persona, de ciertas cualidades que el ordenamiento jurídico toma en consideración (mayor ó menor de edad, capacitado o incapacitado por locura, sordomudez y otras, que el Código Civil define como enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico ó psíquico que impiden a la persona gobernarse por sí misma). De acuerdo con lo expuesto, se habla de capacidad de obrar en su grado máximo (plena), restringida (menor emancipado, pródigo o incapacidad parcial) o de privación de la capacidad, según los términos de la sentencia, que debe determinar la extensión y los límites, así como el régimen de tutela ó guarda (art. 210 del Código Civil).

Por tanto, la incapacidad se puede definir, de acuerdo con los artículos 199 y 210 del Código Civil, de la siguiente forma: “situación en que se encuentra una persona a la cual se le declara incapaz o con capacidad restringida por sentencia judicial, en virtud de causa legal y con los límites y extensión que sean establecidos en la referida sentencia”. La incapacidad total está sometida a tutela mientras que la incapacidad parcial está sometida a curatela.

La incapacitación está regulada en el artículo 200 del Código Civil. Sus requisitos son los siguientes: existencia de enfermedad ó deficiencia de carácter físico o psíquico. Dicha enfermedad ó deficiencia ha de ser persistente en impedir a la persona gobernarse por sí misma. Nadie puede ser incapacitado sino mediante sentencia judicial.

Los criterios legales utilizados tradicionalmente en España para evaluar la capacidad penal o la capacidad civil de un individuo son básicamente dos, uno cognitivo y otro volitivo:

“1. Que en el momento de la ejecución del hecho posea la inteligencia y el discernimiento de sus actos”.

“2. Que goce de la libertad de su voluntad, de su libre albedrío; es decir, de la facultad de poder escoger entre los diversos motivos de conducta que se presenten ante su espíritu y de determinar libremente la potencia de su voluntad”.

De esto se deduce que son las enfermedades que afectan a la voluntad y a la conciencia las que con mayor probabilidad dan lugar a la incapacidad.

Los profesionales con más experiencia en la evaluación de la capacidad en España han sido los médicos, psiquiatras y psicólogos forenses. En el campo penal, el objetivo más clásico es la evaluación de la capacidad penal, con el fin de determinar el grado de imputabilidad o inimputabilidad de un individuo ante un delito. En el campo civil lo más frecuente es la evaluación de la capacidad en procesos de incapacitación; también se evaluaría la capacidad para testar, o para participar en actos o negocios del Derecho de Familia (matrimonio, separación, etc.).

Como ya hemos visto, los protocolos de capacidad no son una panacea, y por tanto, cada profesional utiliza en cada momento los medios diagnósticos que juzga más idóneos: generalmente, una exploración psicopatológica, exploración neurológica, pruebas complementarias analíticas, morfoanatómicas ó neuropsicológicas. En la exploración psicopatológica se exploran el nivel de conciencia, la memoria, orientación, curso y contenido del pensamiento, inteligencia, afectividad y trastornos de conducta. Entre los test neuropsicológicos, que utilizan generalmente los psicólogos clínicos, están entre otros, los test de inteligencia: el más usado es el WAIS (escala de inteligencia de Wechsler para adultos) y entre los tests de personalidad, uno autodescriptivo (p.e.: el “inventario multifásico de personalidad de Minnessota” (MMPI)), otro de aptitudes como el DAT/PMA y alguno proyectivo como el Rorschach.

Para que el consentimiento sea válido de acuerdo con la teoría del CI, es requisito imprescindible que sea emitido por un sujeto capaz. (esto se supone, salvo que sea incapaz por sentencia judicial).

La ley del paciente (41/2002) no define lo que constituye la capacidad de un sujeto para tomar decisiones, pero sí que su ausencia es una de las causas por las que se otorga el consentimiento por representación.

Si bien es una práctica habitual en el sistema sanitario español que los médicos evalúen la capacidad de obrar ó de hecho de sus pacientes, se desconoce por completo la forma en que lo hacen, existiendo la opinión de que en muchos casos realizan este quehacer de forma intuitiva.

Hemos expuesto previamente los diversos criterios y protocolos para evaluar la capacidad de decisión, que, sobretodo utilizan en EEUU.

En el Convenio de Oviedo (art. 6 y 7) se regula el CI de las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento, y la protección adecuada para consentir en el caso de las personas que sufran trastornos mentales.

Consentimiento

Consentimiento informado

El principio general del consentimiento, derivado de la concepción de la relación profesional-paciente, como una especie de contrato, es de reconocimiento antiguo, ya que el consentimiento es un requisito esencial del contrato y, por tanto, inexcusable para que se constituya válidamente la relación desde un punto de vista jurídico. Este tradicional fundamento contractual de la relación médico-paciente ha evolucionado modernamente, pasando a considerarse en el marco de la libertad individual, que se antepone a la libertad negociadora. Por último, de forma aún más reciente se considera el derecho a la información como una de las principales obligaciones derivadas de la relación médico-paciente, tenga o no ésta, un origen contractual.

El consentimiento puede adoptar diversas formas. Puede ser expreso ó tácito. A su vez, el consentimiento expreso puede ser verbal o escrito. Lo normal en nuestro Derecho es que el consentimiento sea implícito, sin necesidad de que adopte una forma expresa, bien sea verbal o escrita; no vamos a analizar ahora las peculiaridades que plantea la ley de Protección de Datos. Es excepcional que sea por escrito, y sobre este particular nos remitimos a lo dicho a propósito de la información, que es aplicable a este ámbito. No obstante conviene tener en cuenta que cuando la ley o la jurisprudencia exigen que la información y el consentimiento aparezcan por escrito, la prueba de su existencia, para el caso de que haya conflicto, corresponde al médico, según la mejor doctrina y jurisprudencia. Por último, el consentimiento puede ser también presunto (por ejemplo el que sirve para prestar asistencia a un paciente inconsciente).

Ya hemos visto que el principio general del que parte la ley del paciente (art. 8.1) es el de que toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información correspondiente, haya valorado las opciones propias del caso. Dicho consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y en general cuando se trate de la aplicación de procedimientos que supongan riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa para la salud del paciente. Se deja a salvo, la incorporación de anexos y otros datos de carácter general.

El mayor problema ha sido siempre delimitar el alcance de la información y el consentimiento por escrito. La ley (art. 10) dispone que el facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente: las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención originará con seguridad; los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente; los riesgos probables en condiciones normales conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención; por último las contraindicaciones.

En el campo de la psiquiatría, esto que venimos comentando lo trataremos más a fondo en el capítulo correspondiente al tratamiento.

Por lo demás, el médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención, más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del afectado. Se establece también el derecho que tiene todo paciente para revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

LAS EXCEPCIONES AL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL DERECHO ESPAÑOL

RIESGO PARA LA SALUD PUBLICA

Desde antiguo la sociedad se ha protegido de determinados sujetos que presentaban enfermedades peligrosas para la salud pública, no dudando en emplear incluso reclusión forzosa (en general se trataba de enfermedades infecto-contagiosas). En la actualidad, algunas enfermedades siguen planteando la aplicación de esta excepción. Piénsese en el internamiento forzoso de los pacientes mentales agresivos, (en el campo de la psiquiatría) y de enfermos tuberculosos activos que se niegan a ser tratados.

La ley del paciente (artículo 9) establece que los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables a favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, cuando exista riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias

establecidas por la Ley (debiendo comunicar en 24h. a la autoridad judicial). La ley Orgánica 3/1986, de Medidas Especiales en materia de Salud Pública establece la “facultad de las autoridades competentes para adoptar medidas de reconocimiento, tratamiento, hospitalización o control de enfermos...cuando se aprecian indicios racionales que permitan suponer la existencia de peligro para la salud de la población...”.

En caso de “resistencia” serían legítimas tanto la compulsión como la coacción directa para obligar a su cumplimiento, si bien el internamiento forzoso, por atentar directamente contra la libertad personal requiere autorización judicial (internamiento de enfermos mentales, art. 211 y 271 del Código Civil) o, al menos, ha de ser controlable judicialmente incluso por la vía del “habeas corpus” tal y como ha venido a sancionar la ley del paciente. Este mismo criterio ha sido recogido también por la ley de Enjuiciamiento Civil (ley 1/2000).

URGENCIA

La ley del paciente (art. 9) señala también, que puede no contarse con el consentimiento del paciente “cuando exista riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no sea posible conseguir su autorización, consultando cuando las circunstancias lo permitan a sus familiares o a las personal vinculadas de hecho a él”.

Deben ser casos en que prime el tiempo, es decir, todo el tiempo es necesario para atender rápidamente al paciente (intervenciones médicas necesarias que no pueden ser retrasadas). Los autores Sánchez Caro en el libro que hemos utilizado para este capítulo exponen un caso de riesgo con varios intentos de suicidio en que se solicitó el tratamiento con TEC a la familia del paciente, con buen resultado.

RENUNCIA

La ley del paciente señala la renuncia del paciente a recibir información, y que ello está limitado por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, o de la colectividad. Debe hacerse constar por escrito su renuncia (cuando esto sea posible).

NECESIDAD TERAPEUTICA

Por tal se entiende la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas, el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave (dejará constancia de este extremo en la historia clínica).

En ese caso tanto la ley del paciente, como el Código Deontológico señalan que se debe proporcionar la información a los familiares o allegados.

INCAPACIDAD

En este caso, el consentimiento deberá ser otorgado por sus familiares o personas a él allegadas.

Existe el problema de que no se conozcan familiares, en tal caso el médico suplirá el consentimiento hasta que el paciente o un familiar puedan asumir la responsabilidad del proceso.

En el campo de la psiquiatría, estamos ante las llamadas decisiones de sustitución o por representación, que debe ser adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre a favor del paciente y con respeto a su dignidad personal,

participando este último en la medida de lo posible, en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario. (1)

BIBLIOGRAFIA

1) Sánchez Caro Jesús y Sánchez Caro Javier. El consentimiento informado en psiquiatría. Madrid. Editorial Díaz de Santos. 2002

2) Santander F, Morera B, Retolaza A, Hernanz M y col. El consentimiento informado y la valoración de la capacidad para decidir. En: Santander F. (coordinador) Ética y praxis psiquiátrica. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid 2000. 54-75

CAPITULO 4 ASPECTOS ETICOS DEL TRATAMIENTO EN PSIQUIATRIA. IMPLICACIONES ETICAS DE LA PARTICIPACION DEL PACIENTE PSIQUIATRICO EN SU TRATAMIENTO

El proceso terapéutico en psiquiatría. Aspectos generales

La asistencia psiquiátrica se lleva a cabo en diferentes ámbitos de tratamiento (centros de salud mental, unidades de hospitalización -dentro de ellas: de corta estancia, de media o de larga estancia-, estructuras intermedias, etc.) y se estructura en modalidades terapéuticas bien diferenciadas y complementarias, y cuyos aspectos éticos veremos en el desarrollo de este capítulo: psicoterapias, tratamiento psicofarmacológico, psicocirugía, terapia electroconvulsiva (TEC); y finalmente la rehabilitación que trataremos en el capítulo 5.

En todas ellas, en todo el proceso terapéutico, es básica, la implicación, la participación del paciente en su tratamiento. Como hemos visto en el capítulo dedicado al Consentimiento Informado, tanto la bioética como la legislación actual nos “obligan” a esa participación.

Desde el punto de vista ético, el principio de autonomía, apoyado en el respeto a la dignidad del ser humano, fundamentan el derecho del paciente a su participación en el tratamiento. El principio de beneficencia guía la participación del profesional sanitario y de la familia del paciente, y el de justicia fundamenta la participación de la sociedad y sus instituciones.

Todo ello se revisa a propósito de los códigos de ética en psiquiatría, y los derechos humanos del enfermo mental (en el capítulo 8 de este trabajo).

Acorde con las principales líneas de orientación teórica en la psiquiatría del siglo XX se han ido desarrollando diversas orientaciones terapéuticas, a veces difícilmente conciliables entre sí. A ello contribuye, como ya dijimos en el primer capítulo, el hecho de que en psiquiatría sea el hombre el objeto de conocimiento psicopatológico, y al mismo tiempo, el observador e interpretador de la psicopatología. Por ello, hay tantas concepciones del psiquismo humano como visiones antropológicas; y esto a su vez tiene gran trascendencia desde el punto de vista ético: si las terapias psicológicas y psiquiátricas no son neutrales en cuanto a los valores, esto exige contar de modo importante con el paciente para no trastocar los suyos.

Los modelos más importantes en psiquiatría son:

- **Modelo biologicista.** Coincide con el modelo tradicional: la enfermedad mental tiene una causa orgánica, el individuo es ajeno a la génesis y curación de la enfermedad (lo mental reside en lo biológico). El modelo estrictamente médico excluye la libertad y responsabilidad del sujeto en su enfermar, al colocar la enfermedad como algo ajeno al paciente (que se da al margen de la voluntad). El terapeuta actuaría como médico aplicando tratamientos biológicos y la participación del paciente en su tratamiento consistiría, fundamentalmente en seguir las instrucciones que le dé el profesional.

- **Modelo psicodinámico.** Sostiene que los síntomas de la enfermedad son la expresión de un conflicto inconsciente. La curación dependerá de que el sujeto haga consciente lo inconsciente, encontrando una solución al conflicto. Aquí la responsabilidad y

libertad del paciente juegan un papel significativo, pues las causas de la enfermedad están en el propio sujeto. El terapeuta intervendría como intérprete o traductor, facilitando el “insight”, la toma de conciencia, la comprensión. La relación médico-paciente ha sido denominada por Schneider (1979) como “relación interpersonal subjetiva”. Denomina así a ciertas relaciones vividas muy subjetivamente, con una intensa participación de cada uno de los protagonistas, pero teniendo en cuenta que en la relación psicoterapéutica, el papel del médico y el del paciente están bien definidos, y que la relación está sujeta a ciertas reglas. Incluso en cuanto al final de la relación, tanto psicoterapeuta como paciente saben que la relación terminará e incluso que esta es una de las metas del tratamiento.

- **Modelo cognitivo-conductual.** Considera que los síntomas son conductas y pensamientos anormales, desadaptados, adquiridos por aprendizaje, y que pueden ser desaprendidos. El ser humano es un organismo vivo, que aprende a vivir y comportarse en su interacción con el ambiente. La libertad y responsabilidad también están aquí presentes, aunque para la curación esto es menos claro ya que la recuperación va a depender del seguimiento de las instrucciones que al paciente se le dicten. El terapeuta intervendría como educador o instructor, permitiendo el reaprendizaje de conductas y pensamientos adecuados. La relación se denomina, según Schneider (1979), “relación pedagógica”. Esta relación se caracteriza por la desigualdad entre enseñante y alumno, que lleva a una dependencia del alumno respecto al enseñante, dependencia deseada porque permite una mejor identificación, aceleración y profundización en el proceso de aprendizaje. En los casos normales la relación acaba desvaneciéndose: el alumno ya no necesita al enseñante y se desidentifica de él para volver a poner en su lugar al adulto frente a otro adulto, pero el abandono de la dependencia, que implica una maduración, no siempre ocurre.

Podríamos preguntarnos cuál es el modelo que responde mejor a un actuar éticamente correcto, y la respuesta es que tendremos que ajustarnos a la corrección ética de nuestras intervenciones y actuaciones terapéuticas teniendo en cuenta que, por una parte, según el modelo utilizado la posibilidad de manipulación del paciente es probable que vaya a ser mayor o menor, y siendo conscientes, por otra, de que no es posible intentar definir la salud mental al margen de valores o concepciones antropológicas del hombre. Los valores representados en cada uno de estos modelos van a influir en la decisión sobre quién debe ser tratado, y quién no; las metas y objetivos terapéuticos y la distribución de recursos en salud mental. (1,2).

PSICOTERAPIAS

Problemas generales

Las psicoterapias se definen como algo que va más allá del tratamiento y del diagnóstico establecidos con los criterios de la medicina moderna y amplían su campo de acción a atender la demanda de autoconocimiento y de resolución de problemas psicológicos individuales, relacionales o de otra índole, ajenas al arduo debate sobre los límites de lo que debe considerarse o no un tratamiento. El desarrollo de las psicoterapias ha traído el desarrollo de diferentes escuelas que, desde un cuerpo de fundamentación teórico de diversa complejidad –según el caso- establece una perspectiva diferenciada del ser humano y su funcionamiento psíquico, y en consecuencia, de las medidas y modos necesarios para acceder y modificar dicho funcionamiento. La dispar historia de las teorías psicológicas que

fundamentan las diversas escuelas de psicoterapia es una historia de coexistencia en paralelo, cuando no de confrontación.

En este contexto cabe preguntarse: ¿es beneficiosa la psicoterapia?, ¿para quién?, ¿qué tipo de psicoterapia debe ofrecerse, o todas son igualmente eficaces?; además de preguntas éticas, que enseguida pasaremos a revisar.

Para resolver las primeras preguntas señaladas, el Departamento de Salud del Reino Unido encargó un estudio, tipo “colaboración Cochrane” de las pruebas de efectividad de la psicoterapia. El documento orientado según Cochrane establece seis características que debería reunir un buen servicio de psicoterapia: integral, coordinado, acogedor para los usuarios, fiable, efectivo clínicamente y económico.

También es interesante definir la psicoterapia, con el fin de desligarla de ese halo de “terapia mágica, casi curanderil” que a menudo ha podido tener. Para ello, voy a utilizar una de las más consensuadas, la definición de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapia (FEAP):

“Psicoterapia es un tratamiento científico, de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas del malestar humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física o psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar de las personas o grupos tales como la pareja o la familia”.

Para el análisis bioético, vamos a tratar tres aspectos: los conflictos que se derivan de la especial relación terapéutica que se establece en el curso de la psicoterapia; los conflictos que adquieren especial relevancia en el papel terapéutico de las psicoterapias: formación e indicación, consentimiento y confidencialidad, y por último, el derecho a la psicoterapia y su papel en la sanidad pública.

La relación psicoterapéutica

La psicoterapia permite mantener una relación terapéutica desde la que se puede ejercer una gran influencia sobre el paciente: suscita problemas porque implica una relación interpersonal y esta relación es a menudo especialmente reservada, muy personal y a veces intensamente emocional. Ello obliga a no salirse del marco terapéutico, pues el tratamiento dejaría de ser éticamente correcto y las expectativas del paciente tampoco corresponderían a las reales. Los riesgos, en bioética, serían los derivados de ir más allá de la indicación o de olvidar el mejor beneficio de quien nos solicitó la psicoterapia. Se trataría de advertir sobre el riesgo de manipulación que muchos ámbitos psicoterapéuticos pueden favorecer: como señala França, los límites justificables en el continuo “respeto-orientación-persuasión-manipulación” y “dirección-sugestión-coacción-imposición” no siempre son claros. Estos problemas pueden articularse en torno a tres conceptos: valores, ideología y poder que no son excluyentes sino complementarios:

- Valores: los valores son, en contexto psicoterapéutico, mucho más que juicios éticos estructurados y racionales, porque llevan una carga emocional e intuitiva que los hace más resistentes al discurso teórico y racionalizador y más vulnerables a la sugestión personal o al clima emotivo que se establece en la relación. Por muy respetuoso que pretenda ser un psicoterapeuta hacia la autonomía de su paciente, su mera presencia contamina y activa el espacio comunicativo. Sin pretenderlo, transmite necesariamente valores o sensibilidades desde sus propios valores sobre lo que considera bueno o malo, adecuado o desajustado, sano o patológico –para sí mismo o para otros- no tanto con palabras como a través de matizaciones, gestos o inflexiones de voz que pueden condicionar o colorear el mundo de valores de quien

le escucha. ¿Cómo podemos manejar de una forma correcta estos hechos. Quizá intentando que nuestra propia estructura se “trasvase mínimamente” y nuestro trabajo se oriente a que el sujeto pueda desarrollar un sistema personal de valores.

- **Ideología:** muy relacionado con los valores, está la propia “filosofía de vida” de cada uno, el bagaje cultural o intelectual más o menos elaborado con el que enjuicamos las conductas y las orientamos hacia la consecución de fines o proyectos personales o colectivos.

En general, al psicoterapeuta le resulta menos difícil establecer la línea de corte entre su ideología y la de su paciente, y permanecer atento a la no contaminación, que resulta, salvo en casos flagrantes de secuestro ideológico (incompatible con una buena praxis), fácilmente evitable.

Aquí cabe hablar de un tema muy problemático: cuando la psicoterapia pretende ponerse al servicio de movimientos y organizaciones religiosas, políticas o sociales de signo más o menos progresista o conservador. Cuando este objetivo ideológico sustituye al objetivo terapéutico (que necesariamente se orienta desde la indicación al mejor beneficio del paciente, haciéndole protagonista de su proceso) se da una forma sutil de adoctrinamiento, so capa de liberación o “salvación” de clases, géneros o individuos, utilizando la psicoterapia como encuadre privilegiado para captar a personas sencillas –y si son selectas, mejor- para “la causa”. Esta realidad transgrede todos los principios éticos que venimos enunciando: resulta maleficiente porque no actúa basándose en lo indicado ni deposita su eje en el mejor beneficio del sujeto, contraviene sus derechos básicos de autogobierno y resulta injusto porque priva al sujeto de alternativas disponibles, discriminándole negativamente para beneficio egoísta de terceros.

Nos podemos plantear otro tipo de cuestiones: ¿tenemos una forma común mínima de entender la beneficencia al paciente en psicoterapia, una visión ética e ideológica de lo que puede ser bueno para él de forma genérica?. Se trataría de preguntarnos, cuál es el objetivo último de nuestra intervención, que, en muchos casos, viene predeterminada por el modelo o la escuela de referencia; así, : lo “bueno” a conseguir en el tratamiento psicoterapéutico; ¿sería el incremento de la autonomía personal, la adaptación social, la satisfacción personal, el control de la conducta, la eliminación del sufrimiento, o la iluminación interior?. Parece imponerse la reflexión de qué se ofrece al paciente y con qué criterios el paciente entra en el proceso. Difícilmente podremos fomentar su libertad interna si en esa opción nosotros imponemos el marco ideológico.

- **Poder:** En la relación psicoterapéutica suele acabar entrando en juego el “yo” mismo del paciente, que cree, confía y se abandona en manos de su terapeuta, no sólo en cuestiones teóricas, sino en situaciones prácticas y en toma de decisiones que tendrán consecuencias a corto o largo plazo. Ya la misma estructura de la demanda suele venir acompañada de una profunda necesidad de escucha o de apoyo que impulsa a adoptar al paciente una actitud de delegación implícita de responsabilidades o de dejación de poder (“dígame qué es lo que tengo que hacer”). Si a esta actitud de “miedo a la libertad” del paciente se une la tendencia de los profesionales de la salud a la dominancia en la relación o al narcisismo personal se presentarán las clásicas situaciones en que la relación terapéutica es gratificante para ambos y sustituye o compensa a otras relaciones más “comprometidas” del espacio extraterapéutico, dando lugar a situaciones triangulares que son ignoradas ingenuamente por los terapeutas.

No nos referimos a encuadres de terapia con programas de modificación de conducta con objetivos claramente definidos de antemano, o a encuadres de orientación profesional o de counselling en ciertos ámbitos (escolar, o de mediación en conflictos conyugales, por ejemplo) sino que hablamos de encuadres de psicoterapia en los que el objetivo es lo suficientemente general o impreciso como para que todo tenga cabida de entrada.

Está también la otra cara de la moneda de la beneficencia y del poder del terapeuta: la maleficencia o capacidad de abusar de su poder en su propio provecho; sería el caso de las relaciones personales paciente-terapeuta extra o post-tratamiento que se amplían a temas económicos-financieros o de intimidación sexual.

En el contexto de tratamiento de un paciente con un trastorno mental diagnosticado, la relación exige similares condiciones a las que se establecen en cualquier otro tipo de indicación terapéutica: la prudencia en la génesis de expectativas de resultados, el respeto a la libertad y autonomía del enfermo, la evitación de la explotación económica (manteniendo el tratamiento dentro de límites razonables en cuanto a duración y con ponderación continuada de los aspectos evolutivos) y el respeto a los límites de la relación interpersonal (se acepta como éticamente reprochable la intimidación personal durante el tratamiento por su evidente interferencia en el resultado del mismo).

La formación y la indicación

La formación profesional del terapeuta es un tema debatido y a veces espinoso que plantea multitud de cuestiones: ¿basta la titulación de psicólogo clínico o de psiquiatra para estar capacitado para “hacer psicoterapia”? ¿cualquier tipo de psicoterapia? ¿puede indicar una psicoterapia quien no conoce otra alternativa terapéutica para el trastorno que se pretende tratar? ¿quién establece el tipo de psicoterapia idónea para un paciente y un trastorno concreto? ¿cómo se establece la coexistencia de la psicoterapia con otros tratamientos?. Parece que en el campo de la psicoterapia se han deslizado ciertos mitos sobre la eficacia a partir de la buena relación, empatía o perspicacia natural del psicoterapeuta, en detrimento de la técnica y la formación sólida en un modelo o campo de aplicación específica.

En algunos casos se actúa con cierta ligereza, rayana en la maleficencia (o incluso en la imprudencia temeraria), tanto por carecer de una formación inicial suficiente y acreditada, tanto por no preocuparse por tener una formación continuada y constante.

Respecto a la elección de la técnica a aplicar, parece probado que determinadas escuelas o técnicas son más efectivas que otras para tratar determinados síntomas o patologías. De ahí, que, la correcta elección de la psicoterapia a realizar ha de estar ajustada a la clínica y necesidades y demandas del paciente y no meramente a las preferencias del profesional. Por ello es conveniente que el terapeuta –sobre todo en la sanidad pública- maneje con competencia el mayor número de enfoques posibles, haciendo así efectiva la atención a un mayor número de patologías.

Podría existir un mal uso, que llevaría a rechazar la solicitud de atención en función de una supuesta “no-susceptibilidad” de tratamiento. En el otro extremo, también rechazable estaría la inducción de una demanda artificial que derivase en un tratamiento innecesario (suele ser más frecuente en la práctica privada).

El principio de no-maleficencia exige, en este ámbito, que el paciente reciba el (o los) tratamientos, de entre los disponibles, más idóneos para el trastorno que padezca; que se eviten tratamientos inútiles o perniciosos, que se le garantice una adecuada coordinación entre los distintos profesionales que intervienen en su caso, y que se establezcan las jerarquías y los tiempos de las diversas terapias aplicadas.

La confidencialidad

El deber de secreto y el derecho a la confidencialidad, que posee el paciente, tiene matices propios en la relación psicoterapéutica. En este modelo de tratamiento, el vínculo

paciente-terapeuta presupone una confianza total y una especial y absoluta garantía de mantener el secreto de todo el material que se irá trabajando, muy vinculado a lo más íntimo del paciente. Sin esta relación de confianza, la psicoterapia no “cura”.

Por eso, el terapeuta debe ser extremadamente cuidadoso y delicado con la información. Si el terapeuta va a publicar en una revista científica, el caso, la evolución del tratamiento de su paciente, lo hará con permiso del paciente, mostrándole a éste el documento que va a publicar. En el caso extremo de “imperativo judicial”, tendrá que informar pero sólo de lo estrictamente necesario. Fuera de esos casos, el terapeuta deberá cuidar una cierta propensión al impudor o a la imprudencia en el manejo de la información con familiares del paciente, o con colegas o alumnos del propio terapeuta.

El respeto a la confidencialidad es especialmente complejo en terapias de grupo, pareja o familia en que el paciente es plural y pueden confundirse –y darse supuestos- datos obtenidos en el ámbito individual con los que surgen en el espacio supra-individual. Además, existen determinados datos (información altamente “sensible”) que el terapeuta, para asegurar un secreto total, debe valorar en cuanto a su registro (o no) en la historia clínica.

El paciente debe saber qué uso se hace de su información, dónde se guarda y quién tiene acceso a ella. Esa información debe de estar a disposición del paciente y de los profesionales que el paciente autorice (asunto claramente señalado en la ley 41/2002). El terapeuta debe informar al paciente de las solicitudes de información que reciba de terceros, y ha de asesorarle sobre si el mismo debe revelar (o no) ciertas informaciones a terceros.

La información veraz y el consentimiento

Hemos visto ampliamente en el capítulo 3, sobre el Consentimiento Informado (CI) que éste es esencial para toda intervención con propósitos diagnósticos o terapéuticos en el ámbito de la Salud (ley 41/2002). Para que el paciente dé el consentimiento, ha de recibir una información verdadera (veraz), de forma comprensible y adecuada a sus necesidades (artículo 4.2 de la ley 41/2002). La razón última es que, al fin y al cabo, el paciente es el “protagonista” y dueño de las acciones que sobre su vida se realicen. Por ello, el “contrato de tratamiento”, verbal o escrito, entre terapeuta y paciente, debe reflejar claramente –como requisito de una adecuada relación terapéutica- la cualificación y orientación teórica del profesional, el diagnóstico posible de la patología, las metas del tratamiento, sus implicaciones, alcance, limitaciones, eficacia, beneficio, efectos adversos, riesgos y duración aproximada, no transmitiendo mensajes ambiguos o falsos, que lleven a pensar que la psicoterapia es tan subjetiva que lo permite todo. El proceso de información debe seguir a lo largo de la terapia (el no informar o la ambigüedad en las respuestas no son modos terapéuticos convenientes; salvo que el paciente exprese su deseo de no ser informado) (artículo 4.1 de la ley 41/2002).

También se le ha de informar sobre la posibilidad de tratamientos alternativos –si existiesen- pues el paciente ha de tener la oportunidad de poder elegir o, al menos, de conocer las opciones y posibilidades de tratamiento más ajustadas a su situación y trastorno. El terapeuta debe informar de otras opciones o de otros profesionales cuando perciba dificultades insalvables en la realización de su trabajo (limitaciones, desconocimiento, falta de la formación adecuada, etc.).

El coste económico (en la práctica privada) también ha de ser objeto de información y acuerdo en cuanto a forma, cantidad y tiempo de pago de los honorarios. Honorarios que, además, han de ser razonables (no abusando de la situación de necesidad de atención o de la indefensión psicológica del paciente) y cuyo pago no ha de ser en otra forma que la acordada, sin posibilidad de contraprestaciones de ningún tipo.

El derecho a la psicoterapia

La instauración de un sistema público de salud en el que se integraba la psiquiatría con una filosofía comunitaria, supuso, la implantación de un modelo multidisciplinar en el abordaje de la enfermedad mental. Este modelo suponía la aceptación de la influencia de factores biológicos, psicológicos, y sociales en el origen y la evolución de la enfermedad mental, y, por tanto, la necesidad de un tratamiento multidisciplinar (psicofarmacológico, psicológico, social, rehabilitador). Ello supuso que la psicoterapia dejara de ser privilegio de clases acomodadas ó elitistas, para incorporarse a los esquemas de tratamiento estandarizados.

Sin embargo, en la práctica han surgido problemas que se encuadran en el ámbito del principio de Justicia:

a) Por una parte, los Centros de Salud Mental (CSM) han sufrido una aumento progresivo de la demanda de atención sin que exista, por ahora, una clara planificación de recursos y necesidades ni una jerarquización que se refleje adecuadamente en la dotación de los centros ni en el catálogo de prestaciones de las administraciones públicas.

b) Este aumento de la demanda ha producido una saturación y escasez de tiempo de atención, de modo que sólo una parte mínima de la población puede acceder a una psicoterapia digna y suficiente (es obvio que no se puede concebir una psicoterapia, aplicada en un contexto de consulta masificada, con tiempos muy reducidos médico-paciente, o en espacios que no garantizan un mínimo de confidencialidad, intimidad o comodidad).

c) Por último, la dotación profesional de los CSM no es homogénea (ni entre CCAA ni dentro de una misma Autonomía) y dependiendo de la existencia o no de determinados profesionales acreditados en su formación, se facilitan o no determinados tipos de tratamientos, y entre ellos, las psicoterapias, de una u otra orientación, o ninguna en absoluto.

En consecuencia, el tratamiento psicoterapéutico se lleva la peor parte: tienen pendiente en algunos casos una acreditación científica suficiente, los resultados son menos evidentes a corto plazo, y exigen profesionales acreditados. Ello lleva a que muchos pacientes en la práctica, tienen que acudir a profesionales de la red privada, quedando en los centros públicos bolsas de pacientes que no pueden permitirse económicamente esa opción. Todo este proceso requiere una reflexión profunda si no queremos evitar que se cierre el círculo que nos lleve nuevamente a postulados previos a la reforma psiquiátrica. (1, 2, 3).

TRATAMIENTO PSICO-FARMACOLÓGICO

La historia de la psicofarmacología empezó en 1952 con el descubrimiento de la clorpromacina. Tras ello, en diez años se produjeron múltiples hallazgos, con una verdadera revolución en las terapias psiquiátricas. Desde entonces y hasta ahora, de modo ininterrumpido se ha producido la continua aparición de nuevos fármacos disponibles en el “arsenal terapéutico” de la psiquiatría.

Las dos consecuencias positivas derivadas de la irrupción de los psicofármacos fueron el freno a la institucionalización de los pacientes y la clara mejoría en la calidad de vida tanto de los pacientes ambulatorios como de los ingresados en los “manicomios”. Otra consecuencia, no menos importante, hizo que los psiquiatras pasaran del campo de la brujería, del curanderismo ó de la custodia represora del “loco”, a la integración plena en el cuerpo

médico, donde los aspectos científicos dotaban al quehacer cotidiano del marchamo de la respetabilidad.

Desde el conocimiento de las terapias previas en salud mental, donde hipnosis y psicoanálisis convivían con curas de Sakel, cardiazol o alcanfor y electroshock, no resulta difícil entender que la psicofarmacología abrió un universo esperanzado a un numeroso grupo de pacientes, familiares y médicos. En los años que siguieron, la psicofarmacología aportó nuevas líneas de conocimiento a la psiquiatría. De la observación de los efectos que ejercían los fármacos sobre la mente, la conducta ó el ánimo, la medicina extrajo una ingente información sobre aspectos neuroanatómicos, neurofisiológicos y neropsicológicos, que contribuyeron (y contribuyen hoy en día) a acercarnos al conocimiento de las propias enfermedades que se tratan, así como al desarrollo de nuevas sustancias que van superando los inconvenientes o efectos indeseables de las anteriores, depurando de esta manera, nuevos instrumentos terapéuticos. Pese a esto, la psiquiatría no tardó mucho en comprender que esas herramientas eran útiles, pero no eran herramientas curativas definitivas.

Hoy día, la psicofarmacología, con contadas excepciones, se constituye en una disciplina científica que, aun acercándose al mecanismo de acción de los fármacos, desconoce su actuación íntima, (como desconocemos la etiología íntima de la inmensa mayoría de las enfermedades psiquiátricas). Esto implica necesariamente un uso sintomático del fármaco, siendo excepcional un uso curativo.

Por otro lado, la psicofarmacología se ocupa de un grupo de fármacos con una “delicada misión”: actuar sobre el Sistema Nervioso Central para curar o aliviar trastornos, influyendo en aspectos tan intrínsecos al funcionamiento del ser humano como actividad mental, conducta ó afectos.

Ello no obvia el hecho de que los nuevos fármacos que se incorporan al uso clínico vienen, cada vez más, avalados por múltiples estudios de campo que dan cuenta de forma exhaustiva de sus características, eficacia, efectos secundarios, etc., lo que permite un uso cada vez más racional y razonado.

Todo lo antes dicho, conlleva que, en torno a la psicofarmacología se produzcan múltiples conflictos éticos, que podríamos a su vez agrupar en tres ámbitos:

- a) ámbito de la indicación
- b) ámbito del propio psicofármaco o de la prescripción
- c) ámbito relativo al propio paciente, o de la elección.

Siendo el psiquiatra prescriptor el enlace entre estos tres ámbitos.

Conflictos éticos derivados de la indicación

En este ámbito los conflictos éticos hacen referencia a las siguientes cuestiones: ¿cuándo tratar? o, en definitiva, ¿cuándo administrar psicofármacos?. Ello enlaza directamente con el tema de: cuál es el límite de la enfermedad mental, y, por tanto, el límite del tratamiento, y, por otro lado, el concepto del balance riesgo/beneficio.

A.1 Los límites del tratamiento

No hay duda acerca de la indicación de los psicofármacos en lo que constituye el núcleo de las enfermedades mentales, conjunto de trastornos que agrupan las psicosis esquizofrénicas, los trastornos afectivos y otros síndromes psiquiátricos mayores en los que estudios contrastados demuestran una marcada eficacia de los psicofármacos. Es lo que podríamos considerar indicación clínica probada.

Pero si entramos en un conjunto de síndromes considerados “menores” o sobre los que estudios de campo señalan una eficacia más dudosa o bien por considerarse “adaptativos” o claramente relacionados con factores de orden principalmente psicológico, nos situamos en lo que podríamos considerar una indicación psicofarmacológica de apoyo, con menor sustento científico, aunque con importante demanda sintomática del paciente (por ejemplo el “estrés laboral”, fronterizo en ocasiones con la “neurosis de renta”).

Este segundo campo linda, sin solución de continuidad, con un tercero, en el que síntomas y signos psicológicos, propios del “malestar de la vida cotidiana” (y que –sin duda– son origen de cierto sufrimiento psíquico: estrés, angustia, insomnio, etc.) son objeto de tratamiento psicofarmacológico, con la indicación de aminorar el malestar. Lo que responde al objetivo de evitar cualquier tipo de sufrimiento, sin que exista una indicación médica clara. No digamos cuando la presión de los medios de comunicación condujo a una demanda de ayuda y mejora “química” del potencial humano, mediante el uso de “fármacos de diseño”. Así, por ejemplo la fluoxetina (Prozac®) se promocionó como estimulante del ánimo en personas normales.

Vemos que la sociedad deja en manos médicas (de los psiquiatras en este caso) el definir los límites de la medicalización, algo que no debe resolverse a título individual y que se perfila como una necesidad perentoria para las sociedades científicas: se precisan protocolos de indicación que se acerquen a los límites de la demanda y a los límites de la prescripción.

A.2 Aspectos de coste riesgo/beneficio

Vista la primera parte, queda en segundo lugar la necesidad de “balancear” los presuntos beneficios que el sujeto va a obtener por la toma del tratamiento frente a los inconvenientes que ello pueda producirle o, dicho de otro modo, confrontar la indicación y el beneficio real, lo que, en algunos casos (por ejemplo evidencia de muy escaso beneficio terapéutico) puede hacerse a nivel más genérico (grupos diagnósticos), aunque generalmente habrá que realizar una valoración caso a caso. Aunque la decisión final puede ser compartida entre el paciente y el médico, al psiquiatra le va a corresponder realizar un acercamiento a los beneficios reales que se van a obtener, teóricamente, por la toma del tratamiento, frente a los riesgos de todo tipo que ello va a suponer, e informar de ello al paciente.

Se puede ver claramente en el ejemplo de una paciente embarazada con una psicosis (en la que toca valorar diversas alternativas: aborto –creo que no es la indicada–, toma de tratamiento a pesar de los riesgos, tratamientos alternativos sintomáticos mientras dure el embarazo, hospitalizaciones de contención, etc.), pero no es menos cierto para el resto de los pacientes, siendo el proceso de valoración riesgo/beneficio algo que debe acompañar al tratamiento y darse en las distintas etapas del mismo, de forma que pueda matizar la indicación. Así: los beneficios que deben valorarse en la indicación son: 1) la capacidad de control sintomático y 2) la capacidad preventiva sobre la aparición de nuevos síntomas/signos. Los riesgos a valorar son: 1) nivel de interferencia con una vida normal 2) complicaciones a corto, medio y largo plazo y 3) los costes económicos. También es distinta esta valoración en pacientes ambulatorios, o en pacientes ingresados en una unidad de hospitalización. El estudio de estos factores debe contemplarse para cada una de las alternativas terapéuticas que se plantean en cada caso.

Conflictos éticos referidos al psicofármaco (la prescripción)

El psiquiatra se encuentra en el momento actual ante una multitud de psicofármacos de características muy diversas, entre los que debe elegir el fármaco/s que considere idóneo para

el caso a tratar; lo cual obliga a responder a muchas preguntas: ¿qué fármaco utilizar para qué trastorno? ¿cuál es la forma correcta de uso? ¿durante cuánto tiempo y a qué dosis?. Añadido a esto se plantean cuestiones complementarias: ¿qué pasa con la experiencia personal con los fármacos? ¿cómo manejar los placebos? ¿qué peso tiene en la prescripción la industria farmacéutica?.

La “lex artis” obliga al facultativo a mantener una permanente actualización, siempre ajustada a sus medios y a su ámbito (“lex artis ad hoc”), sobre los conocimientos científicos que afectan a su praxis.

El ámbito de la prescripción no es diferente: las publicaciones de sociedades y/o grupos científicos, matizados por los estudios de campo en el propio ámbito geográfico, orientan continuamente con la protocolización del tratamiento de diversos trastornos, que permiten establecer fiablemente los grupos farmacológicos efectivos, las pautas, secuenciación de diversas sustancias y criterios de resistencia farmacológica. En estos casos no queda mucho margen a la “imaginación” del psiquiatra.

Es evidente también, que muchos otros trastornos psiquiátricos no parecen susceptibles de este tipo de orientación científica tan estricta y en esos casos la valoración del objetivo del tratamiento, las características de la sustancia activa (basándose en aspectos farmacológicos) y la opinión del paciente, serán elementos claves para marcar la elección.

Un mínimo de rigor exige que los tratamientos farmacológicos estén validados en cuanto a eficiencia, eficacia y efectividad, dado que un procedimiento o tratamiento inútil no es aceptable ni ética ni científicamente.

El uso de placebos está muy controvertido, sobre todo cuando se realiza sin conocimiento del paciente. Queda desechado su uso en pacientes competentes.

Finalmente la intervención de la industria farmacéutica en las pautas de prescripción merece dedicarle un breve espacio. Es innegable que la industria está detrás de muchos hallazgos científicos que resultan de las actividades de investigación, donde realizan inversiones y programas de apoyo económico notable. Todos sabemos que, en nuestro medio, sin el apoyo de la industria, pocas publicaciones y reuniones científicas podrían autofinanciarse. Es lógico también que, parte del presupuesto de la industria se dedique a “facilitar” la prescripción de los fármacos cuya licencia posee, ya que precisa del gasto en fármacos para salir adelante. Con todo esto, queremos decir, que entre los criterios de elección de un fármaco no cabe, desde el punto de vista del análisis ético, una elección basada en simpatías a un determinado visitador, la “deuda contraída” tras un congreso, reunión ó viaje, o cualquier otro criterio bastardo, ajeno al razonamiento científico y a las decisiones que emergen de la relación terapéutica entre médico y paciente. Recientemente se han protocolizado pautas éticas para la industria farmacéutica limitando mucho la posibilidad de “comprar” a un determinado médico para que prescriba determinada marca comercial.

Conflictos éticos relativos al paciente

Las dos situaciones clave que afectan a este tercer ámbito de conflictos éticos hacen referencia a la información que sobre el tratamiento debe darse al paciente o a sus familiares, y por otro lado a la posible negativa al tratamiento psicofarmacológico por parte del paciente.

C.1 Información sobre el tratamiento psicofarmacológico

Como hemos comentado ya en muchas ocasiones, la información es parte esencial para conseguir un consentimiento a la hora de realizar cualquier intervención sobre un paciente, en este caso, a la hora de prescribirle uno ó varios fármacos psicotropos (artículo 4.2 de la ley 41/2002). Que los psicofármacos tienen efectos secundarios importantes es algo que la

mayoría de los pacientes conocen. Que algunos de los efectos secundarios pueden ser de gravedad (agranulocitosis, problemas de conducción cardiaca, síndrome neuroléptico maligno, etc.) es bastante menos conocido por los pacientes. Y en nuestro país (no así en EEUU, donde ha habido sentencias judiciales al respecto) el conocimiento de que algunos fármacos pueden producir trastornos graves e intratables (por ejemplo, la discinesia tardía), suele reservarse en general, a los ámbitos profesionales, negando al paciente esta información.

Como ya dijimos en el capítulo del consentimiento informado, el paciente psiquiátrico no se puede identificar con “paciente incompetente”, y por tanto, tiene derecho a una información veraz, actualizada, comprensible, etc.

Se ha acuñado en bioética el término “criterio subjetivo de informar”, entendiéndose esto, como lo que un paciente concreto querría conocer, no lo que querría conocer de forma hipotética la “persona razonable”. En la psicofarmacología, este “criterio subjetivo de informar” puede tener una gran trascendencia. Son muchos los pacientes que están interesados por un efecto adverso concreto más que por el espectro general de la medicación: algunos piensan que la actividad de los antipsicóticos disminuye su actividad creativa, por lo que dejan de tomar la medicación. Para otros, los efectos adversos relativos a la esfera sexual son de gran trascendencia, mientras que a otros, por la edad o por no mantener relaciones sexuales, no les resultan inconvenientes. Es deber del psiquiatra indagar en estos extremos. Se admite que debe ofrecerse al paciente una información individualizada sobre la naturaleza, objetivos, riesgos y consecuencias del tratamiento propuesto, posibilidades de éxito, tratamientos alternativos, incluyendo riesgos y beneficios, y el pronóstico en caso de que se rechace el tratamiento.

No tenemos un criterio legal claro sobre la cantidad y calidad de información, ya que la ley 41/2002 resulta genérica en este ámbito. La información a dar, debe ser verdadera, comprensible, y adecuada a las necesidades del paciente; las consecuencias relevantes o de importancia que el tratamiento origina con seguridad; los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente; los riesgos probables en condiciones normales, conforme al estado de la ciencia. La información se dará, como regla general, verbalmente. (artículos 4.1 y 4.2 de la ley 41/2002). Este deber de información viene recogido también en el punto 3 de la “Declaración de Madrid” de la Organización Mundial de Psiquiatría, de 1996.

Como resumen, parece claro que a un paciente con suficiente grado de competencia, además de lo ya dicho previamente, se le debería informar sobre los efectos secundarios, de forma exhaustiva, con una alusión explícita a los más graves, aunque estadísticamente sean poco frecuentes (no pueden dejar de mencionarse las disquinesias tardías).

C.2 Negativa a tratamiento psicofarmacológico

Es un aspecto que se encuadra éticamente en el respeto a la autonomía del paciente. Las limitaciones a este derecho vienen dadas por circunstancias muy específicas que deben ser justificadas. El paciente con patología psiquiátrica que se plantea la negativa a un tratamiento psicofarmacológico indicado, admitiría tres posibles excepciones:

a) **Problemas en la competencia**: si no es competente, la indicación de decisiones subrogadas o de sustitución serán los elementos que marcarán la continuidad del proceso terapéutico. No obstante se planteará la posible participación del paciente en esta decisión. Si este proceso se produce a nivel ambulatorio, la única vía que permite el tratamiento involuntario, será la vía del ingreso, lo cual requiere una reflexión específica. En el caso del paciente que ha recibido tratamiento psicofarmacológico, ha recuperado su nivel de competencia y no desea continuar el tratamiento (aun informado del riesgo de dicho

abandono), en este caso terapeutas y familiares van a tener que esperar a la recaída –y por tanto a la pérdida de la competencia- para intervenir sustituyendo al paciente en sus decisiones.

b) **Situaciones de urgencia:** estas se dan fundamentalmente: en la agitación psicomotriz y en el estado de ansiedad incoercible agudo; no tanto por el riesgo vital inmediato, sino por la posibilidad de conductas de riesgo mediadas por el síntoma, que pueden afectar al sujeto o a personas de su entorno. En estos casos parece justificado aplicar un tratamiento que minimice la situación de forma urgente, para después plantear un tratamiento reglado.

c) **Terceros afectados por la negativa a tratamiento:** cuando por el abandono de tratamiento, quedan afectados terceros: sea por tener el paciente necesidad de cuidados importantes, por tener responsabilidades familiares que abandona o porque su conducta resulta de riesgo (físico o de otro tipo) para personas que convivan con el paciente; se podría plantear un ingreso forzoso, siempre y cuando no haya otra manera de mejorar la situación; este caso plantea un conflicto entre autonomía, beneficencia y posible maleficencia a terceros (1, 4, 5).

TRATAMIENTO ELECTRO-CONVULSIVO (TEC)

Es la terapia biológica más antigua y la única que ha sobrevivido tras la aparición de los psicofármacos. El TEC tiene algo más de 50 años de vigencia. En los años 70 tuvo un fuerte rechazo, sobre todo por parte de la “antipsiquiatría”, a quien le parecía una técnica deshumanizadora, represiva y cruel. A partir de ello nacieron los “mitos del electroshock”. Estas críticas movieron también a la investigación y la aparición precoz de directrices internacionales que avalaban su eficacia, cuestionaban los mitos y establecían claramente las indicaciones de su uso. El último informe procede de la APA (1990), con sugerencias para minimizar los efectos sobre la cognición, con un documento de consentimiento informado exhaustivo, traducido por los hermanos Sánchez-Caro en su libro “El consentimiento informado en psiquiatría”. (6).

1. Mecanismo de acción e indicaciones

Sigue siendo un tratamiento empírico. La investigación actualmente se centra en tratar de diferenciar los factores que distinguen una crisis terapéutica de la que no lo es y la relación entre los numerosos cambios bioquímicos y neurofisiológicos con el mecanismo de acción.

La indicación principal de TEC son las depresiones graves, en las que los índices de respuesta son superiores al 80%, si bien el riesgo de recaída en los 6 meses siguientes es de 18-46%, por lo que, para mejorar los resultados, el TEC debe seguirse de terapia psicofarmacológica. Habitualmente se reserva el TEC a los casos de manifiesta gravedad con alto riesgo de suicidio, fracaso de tratamiento antidepresivo o cuando hay contraindicación para el uso de fármacos.

Indicaciones menos claras y de uso menos frecuente son: a) manía o hipomanía donde sea necesaria una rápida respuesta o no se puedan usar psicofármacos (agitación extrema, embarazo, resistencia a psicofármacos y prevención. b) esquizofrenia: siempre en un lugar secundario, salvo en la catatonía, y con los mismo criterios antes citados. c) psicosis delirantes agudas con un efecto más rápido pero menos específico d) síndrome neuroléptico maligno e) enfermedad de Parkinson f) epilepsia intratable.

2. Efectos adversos y contraindicaciones

Los efectos adversos más frecuentes son: el déficit transitorio de memoria, las arritmias benignas y las convulsiones espontáneas. El fallecimiento del paciente se produce en un porcentaje entre 0,03-0,045 según las series. La causa de la muerte se asocia a la anestesia y a la propia convulsión y se produce en la mayoría de casos por complicaciones cardiovasculares entre el momento de la inducción anestésica y la recuperación de la respiración espontánea.

No se han demostrado hasta ahora modificaciones estructurales cerebrales persistentes ni cambios neuroanatómicos secundarios al uso del TEC.

Las contraindicaciones para TEC son escasas, pero deben ser bien conocidas: la única absoluta es la existencia de alteraciones cerebrales con efecto masa (tumores, hemorragias, malformaciones vasculares, etc.). Contraindicaciones relativas son: infarto de miocardio reciente, hipertensión grave, arritmias cardíacas, desprendimiento de retina y glaucoma, feocromocitoma y la hipersensibilidad al anestésico. En este grupo debe plantearse la indicación con especial cuidado y controlar adecuadamente la administración.

Finalmente, tanto en sujetos de edad muy avanzada como en gestantes, o adultos con problemas orgánicos importantes (cardiopatías, broncopatías y enfermedades cerebrales) se debe extremar la precaución en la aplicación de la técnica.

2. Aspectos éticos

Pueden resumirse en los siguientes, agrupados por los principios afectados:

a) Desde la No-maleficencia:

-Indicación incorrecta o uso cuando existen alternativas terapéuticas más adecuadas a disposición.

-No indicación cuando el paciente cumple los requisitos idóneos para su utilización.

-Aplicación por personal no entrenado o por personas diferentes al personal facultativo (falta de técnica en el personal).

-Aplicación mediante aparataje obsoletos (falta de técnica en el material empleado).

-No seguimiento de las directrices adecuadas para su aplicación (falta de técnica en el procedimiento).

-Falta de sensibilidad del personal no psiquiátrico implicado.

Parece evidente que estos conflictos se solventarían con la formación adecuada (disponible en las publicaciones reconocidas) y la protocolización de la terapia en los centros.

b) Desde la Justicia:

El único problema detectado es el relativo a la no homogeneidad de acceso a esta terapia en los centros públicos. Este aspecto podría solventarse no sometiendo la indicación al método disponible, y favoreciendo traslados que permitan su empleo cuando la indicación es correcta, así como facilitando la asignación del personal preciso para su aplicación.

c) Desde la Autonomía:

Como en otros tratamientos biológicos, el problema a menudo tiene que ver con el consentimiento informado del paciente, con el nivel de competencia que puede atribuírsele y con el proceso de información que hay que poner en marcha, para que pueda decidir adecuadamente. Una vez la indicación se ha realizado el TEC es uno de los procesos

terapéuticos que tiene establecido el uso de documentos escritos de CI como práctica habitual, que debe estar convenientemente protocolizada. Cumplido este requisito, cabe plantearse conflicto si existe un rechazo. Deberá entonces buscarse la alternativa terapéutica más adecuada.

d) Desde la Beneficencia:

La mala prensa del TEC ha motivado con frecuencia rechazos familiares al tratamiento en casos plenamente indicados, sustrayendo al paciente incompetente (incluso influyendo en el competente) un tratamiento eficaz. Ello debe motivar un plus de información cuidadosa al paciente y a su familia, a fin de que el prejuicio social frente a la técnica no sea obstáculo en aquéllos casos en que hay plena indicación. (1, 6).

PSICOCIRUGIA

Es el término con el que se denominan genéricamente diversas técnicas neuroquirúrgicas que se aplican en pacientes psiquiátricos con fines terapéuticos, generalmente, y según la definición de la OMS, con el objetivo de modificar conductas.

Desde 1935 en que se realizó la primera leucotomía frontal, hasta la actualidad, la técnica se ha depurado ostensiblemente, realizando técnicas estereotáxicas, debido a los avances en neuroanatomía, y donde se aplica en casos muy concretos, debidos a la llegada de neurolépticos y antidepresivos. La técnica la realizan los neurocirujanos, pero la indicación la realizan los psiquiatras.

1. Técnicas, mecanismo de acción, indicaciones, y contraindicaciones

Las técnicas más vigentes en nuestro medio utilizan termorregulación por radiofrecuencia (técnica de Leksell) guiada mediante cortes estereotáxicos de RMN, aunque se están desarrollando técnicas de radiocirugía mediante fuentes externas de energía (rayos gamma, principalmente). Estas técnicas pretenden la interrupción de los haces límbicos, frontolímbicos o frontolímbicos-diencefálicos, modificando así las funciones reguladas a través de estas interconexiones, que se suponen responsables de determinados síntomas.

Está indicada en los casos en que se ha producido fracaso repetido de otros tratamientos (la mayoría exigen un mínimo de 4 años de evolución de enfermedad mental) en cuadros crónicos e irreversibles que producen disfunción severa (trastornos obsesivo-compulsivos extremadamente graves y crónicos, trastornos depresivos o ansiosos extremadamente graves y crónicos y cuadros psicóticos en los que el componente agresivo sea muy marcado –extremo y crónicamente de alto riesgo).

En algunos protocolos se exige además compromiso de rehabilitación o reinserción social posterior a la intervención, apoyo familiar adecuado y la opinión concordante de otros dos especialistas no implicados en el tratamiento.

Se consideran criterios de contraindicación la edad: mayores de 65 años o menores 18-20 años, un diagnóstico principal en el eje II del DSM y la existencia de un síndrome orgánico o un cuadro grave de adicción a sustancias, de forma añadida al cuadro principal.

Los efectos adversos más comunes son: riesgo operatorio habitual (menor del 0,2%), epilepsia crónica (0,6%), cambios de personalidad (leves en un 9% y graves en un 0,6%) y

problemas cognitivos persistentes (0,5%). La técnica de capsulotomía desencadena más efectos adversos que la cingulectomía.

2. Aspectos éticos

Según los principios a que hagan referencia son:

a) No-maleficencia

Los problemas vienen dados por la indicación. Es una técnica hoy en día poco extendida, que requiere personal muy cualificado y como hemos dicho, más de un profesional especializado. Siempre se debe valorar el balance riesgo/beneficio y haber descartado terapias alternativas con menor repercusión en el SNC. Se debe ser especialmente cuidadoso en niños, en incapaces, o cuando se plantee aplicar a pacientes con conductas violentas de tipo delictivo (a veces asociadas a patología, con epilepsia temporal). Los autores consultados rechazan de forma genérica la aplicación de este tratamiento en los colectivos antes citados y en los casos en que la indicación esté basada en aspectos meramente conductuales.

b) Justicia

La no igualdad de acceso a la terapia en centros públicos; son pocos los centros dotados para este tratamiento. Habrá que considerar, para ser justos, su inclusión o no como prestación sanitaria.

c) Autonomía

El problema procede de que haya/o no un verdadero consentimiento informado. Dado que la técnica produce cambios irreversibles, el CI tiene connotaciones específicas. La mayoría de autores coinciden en señalar que la negativa expresa por parte del paciente debería ser tomada en cuenta tanto en pacientes competentes como incompetentes, y se deberían buscar alternativas. También se ve oportuno que el paciente y la familia puedan conocer la técnica sus resultados (tanto desde los terapeutas como desde otros pacientes). Se debe informar sin sesgos y preservar la confidencialidad. Por supuesto requiere el documento escrito de CI.

e) Beneficencia

La psicocirugía es hoy una desconocida para pacientes y a menudo para muchos psiquiatras; la conocen vagamente como la “última solución”. Tampoco las películas que muestran a pacientes que han sufrido esta técnica ayuda a un empleo racional, científico o compasivo de la misma. Toca a los profesionales, adquirir la información que, facilitada adecuadamente no escatime un tratamiento posible en los casos en que esté indicada. (1).

BIBLIOGRAFÍA

1. Santander F, Morera B, Retolaza A, Hernanz M y col. El proceso terapéutico. En: Santander F (coord) ETICA Y PRAXIS PSIQUIATRICA. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid 2000: 121-151.
2. Castilla A. Implicaciones éticas de la participación del paciente psiquiátrico en su tratamiento. Bioética y Ciencias de la Salud 2000;. 4(1): 10-25.
3. Holmes J. Aspectos éticos de las psicoterapias. En: Bloch S, Chodoff P y Green SA. La ética en psiquiatría 1ª edición española. Madrid. Triacastela 2001: 217-234.
4. Brown P y Pantelis C. Aspectos éticos del tratamiento farmacológico. En: Bloch S, Chodoff P y Green SA. La ética en psiquiatría. 1ª edición española. Madrid. Triacastela 2001: 235-262.
5. Alamo C. La información farmacoterapéutica en el paciente psiquiátrico. En: Amarilla M y Alamo C y ASEDEF. El Consentimiento en la utilización de fármacos. Universidad de Alcalá de Henares. 2000: 47-68.
6. Sánchez Caro Jesús y Sánchez Caro Javier. El consentimiento informado en psiquiatría. Madrid. Editorial Díaz de Santos. 2002: 81-91.

CAPITULO 5 DILEMAS ETICOS EN LA INTEGRACION Y REHABILITACION DEL PACIENTE PSIQUIATRICO

INTRODUCCIÓN. La desinstitucionalización y sus problemas eticos

En el hospital psiquiátrico, entendido como lugar de estancias o ingresos prolongados, es donde se han dado la mayoría de las luchas y debates de la filosofía asistencial psiquiátrica. Hemos de recordar que la institución psiquiátrica nace ya en sus primeras experiencias con una filosofía de la beneficencia: proteger al loco de un medio social que al no ser capaz de entender o tolerar sus conductas anómalas le margina, pero, también y sobre todo, para proteger al medio social de las conductas más o menos disruptivas, o al menos molestas, del loco. Así, las instituciones asilares psiquiátricas a lo largo de los siglos, se ampararon en unos argumentos de beneficencia (“beneficencia dura”: hacer el bien al otro sin respeto a la opinión del otro), un buen modo de que en la práctica se tornase en maleficencia, condicionada, en general por la escasez de recursos materiales y científico-técnicos que no permitían más que una mera labor de custodia.

Pero la historia de la asistencia psiquiátrica es rica en personas y movimientos que pusieron en entredicho los modos de ejercer esa custodia y esos cuidados, demostrando a la vez que aún con pocos medios se podía dar un trato más humano y “moral” a los pacientes atendidos en los asilos. Aquí habría que recordar nombres como los de Pinel, Tuke, Basaglia, Tosquelles, Maswell-Jones y otros. (1).

En EEUU, las condiciones inhumanas de esas instituciones provocaron, que, desde 1930 y a lo largo de la década siguiente, se produjeran peticiones intermitentes de reforma que desembocaron en la década de 1950 en la solicitud de que los hospitales psiquiátricos públicos desaparecieran, (por pensar que el enfermo mental sufría a consecuencia del medio institucional en sí, medio del que debía ser apartado para situarle en el cálido y acogedor seno de la comunidad).

Los medicamentos que se descubrieron en los años 1950 facilitaron ese cambio. El número de pacientes en hospitales psiquiátricos públicos, en EEUU (550.000 en 1955) se redujo a menos de 90.000 hacia 1995. Sin embargo, la eficacia de esta nueva política en beneficio del enfermo mental no se ha sometido, al menos hasta ahora, a evaluación empírica. Muchos de los antiguos pacientes han sido “transinstitucionalizados” a clínicas y prisiones, o tratados en hospitales generales. Si hace cuatro décadas no era fácil encontrar unidades de psiquiatría en los hospitales generales, en la actualidad es excepcional que un hospital general importante carezca de ella. El número de camas de los hospitales psiquiátricos privados también ha aumentado en las cuatro últimas décadas. Sin embargo, el incremento de todas estas cifras no ha compensado su reducción en los hospitales estatales y aún quedan cientos de miles de enfermos mentales en las calles de las ciudades de todo el país (“homeless”). (2).

En Inglaterra, el número de camas psiquiátricas descendió desde un máximo de 152.000 en 1954 hasta 39.500 en 1993, una reducción de un 74%. Este hecho se ha asociado a un importante aumento del número de ingresos hospitalarios, pero simultáneamente a una disminución proporcionalmente superior del número de pacientes con estancias prolongadas. (3).

En el caso de nuestro país, no disponemos de estadísticas fiables, pero lo que es claro es que se estima que un 1% de la población sufrirá en su vida un proceso de esquizofrenia y cada año se diagnostican de 2-4 casos nuevos/10.000 habitantes. El coste económico tanto directo (hospitalización, medicación, personal sanitario etc.) como indirecto (pérdida de fuerza

laboral, mantenimiento de dispositivos de prevención y asistencia, incremento de mortalidad...) es enorme. En EEUU se estima en 100.000 millones de dólares por año, ya que este trastorno conlleva el 25% de las hospitalizaciones (Rice y col. , 1990). En el Hospital Gregorio Marañón de Madrid, se calcula que en 1995 se gastó en el Hospital aproximadamente 689 millones de pesetas sólo en la estancia del paciente psiquiátrico. De todos modos, es claro que la desinstitucionalización y la rehabilitación de los pacientes mentales han disminuido considerablemente el gasto sanitario, aunque, como veremos más adelante, existe una limitación obvia de recursos a este nivel. (4).

Hemos visto, en diversos países y a grandes rasgos, como el conjunto de una serie de hechos ha provocado la desinstitucionalización: la progresiva consideración de los derechos de las personas en los estados democráticos; la puesta en entredicho del criterio que iguala enfermedad mental a desorden social; las luchas contra los sistemas dictatoriales; el incremento de la tolerancia social hacia el enfermo mental y, por supuesto, el desarrollo científico-técnico de la psiquiatría. (1).

Antes de analizar los problemas éticos que plantea la desinstitucionalización; hemos dejado claro que desinstitucionalizar al enfermo mental va mucho más allá de la simple reducción de camas en un hospital psiquiátrico o la política de tratamientos de corta duración y altas. Cuando se trata el problema de esta forma, ya de hecho se están generando nuevos problemas y conflictos de tipo económico, social y ético. Como hemos visto, en Estados Unidos se ha incrementado el número de “homeless” (sin techo) dada la proliferación de la deshospitalización brusca llevada a cabo en 1960. Otros problemas debidos a la misma causa son: el abandono de sectores de la población, la transinstitucionalización, la diversificación y especialización extrema de los servicios de salud mental brindados en la comunidad con pérdida de relaciones entre ellos y la consiguiente sectorización en la atención, lo que obliga al paciente a ser usuario de varios servicios a la vez en detrimento de su economía y de sí mismo. Así, lo que se hizo según el principio de autonomía, paradójicamente atenta contra ella (cada servicio oferta “lo mejor para cada caso”), y se convierte en una beneficencia a medias generando en gran parte de los casos, los “nuevos crónicos” que circulan de servicio en servicio sin resolver verdaderamente su problema, o el consabido retorno a la institución.

Al hablar de desinstitucionalización, no podemos decir que al problema de la enfermedad mental, le corresponda como solución única la curación, ya que la psiquiatría es un campo donde prima la subjetividad de la persona, la individualidad, la diversidad de modelos, y en muchos casos la ignorancia de la etiología de la enfermedad; no es posible por tanto pronosticar al 100% la solución óptima, y mucho menos generalizar para todos los pacientes sin tener en cuenta el carácter vivencial e individual de cada enfermo en su enfermedad.

En cuanto a la relación desinstitucionalización-rehabilitación, hemos de señalar que un problema que se plantea es la elección de las actividades y acciones rehabilitadoras que realmente necesita el paciente y que le resultan desarrolladoras. La desinstitucionalización no es una terapia ni un fin en sí mismo, es un paso previo a la rehabilitación comunitaria, el desarrollo de habilidades sociales que le permitan el adecuado funcionamiento en la sociedad. El fin es la integración social, familiar y laboral de paciente. La integración implica preparación de ambas partes: del paciente y de la sociedad para facilitar o amortiguar las exigencias que se generan en el proceso de interacción social. La rehabilitación constituye pues, el medio, el proceso que facilitará la integración social y la desinstitucionalización fue su primer peldaño. La rehabilitación es ante todo un proceso de aprendizaje y reaprendizaje de las habilidades, conocimientos, y capacidades perdidas o dañadas por la acción de la enfermedad, y la desinstitucionalización una acción que pudiera ser administrativa, política o económica. (5).

A pesar de toda la corrección ética que se presupone a este planteamiento de humanización de la asistencia psiquiátrica, el proceso no ha sido escaso en conflictos éticos. En unos lugares, como ya hemos señalado, se buscó el vaciamiento de los hospitales por activismo ideológico antiinstitucional, en otros por criterios economicistas (es obvio que los sistemas manicomiales que albergaban a miles de ciudadanos que pasivamente recibían ayuda, eran caros). En todo caso, se dieron experiencias criticables desde el punto de vista del criterio de beneficencia, pues no siempre los medios empleados eran correctos o suficientes para dar apoyo al paciente al alta o facilitar su reinserción.

Pero también es cierto que muchas veces se han exagerado, sobre todo desde ciertos medios sociales claramente retrógrados, los errores del proceso de desinstitucionalización. Al menos en nuestro medio, las experiencias no han sido tan bruscas y no se ha dado por lo general un salvaje “sacar a los locos a la calle dejándoles a su suerte”. El error más grave que se puede cometer en los procesos de desinstitucionalización podría ser de nuevo (al igual que se crearon las primeras instituciones), el “hacer el bien al otro pero sin la opinión del otro”. Todos los programas de rehabilitación requieren, como premisa previa, su adecuación a los deseos del paciente y a sus necesidades realmente sentidas considerando todas las circunstancias (clínicas, sociales, familiares, etc.) del paciente, y siempre respetando en la mayor medida posible la autonomía del sujeto para decidir sobre su persona. De otro modo se podría caer de nuevo en una “beneficencia dura” al someter a la persona enferma a un proceso que por su premura o sus modos no ha podido ser “digerido” suficientemente. Habría que considerar que no para todos los pacientes internados la mejor solución (por más considerada hacia su persona) es la salida de la institución si esta opción no ha sido mínimamente deseada. Evidentemente, será un deber de los profesionales trabajar con los conflictos y tendencias regresivas que pueden llevar a alguien a no desear vivir en la libertad del exterior, pero teniendo mucho cuidado de no forzar este proceso.

Se presenta un conflicto respecto al grado de beneficencia de un proceso de desinstitucionalización que no asegure unas mínimas condiciones de atención en el exterior. Los planes realmente exitosos de desinstitucionalización han sido aquéllos en los que ha primado la continuidad de cuidados y los pacientes han encontrado a su salida de la institución psiquiátrica un lugar donde vivir y un lugar donde ser atendidos, un medio social en el que desenvolverse y unos recursos humanos y técnicos que permitiesen la atención psiquiátrica que su condición psipatológica precisase. (1).

En este contexto, viene al caso señalar la colaboración de la familia del paciente mental y de la sociedad. Hemos hablado en otros capítulos de la participación del paciente en los procesos de tratamiento; pero en algunos casos no es posible esta responsabilización del paciente en su tratamiento. Será entonces el momento de una intervención más amplia de la familia y de las instituciones sociales adecuadas al caso. Aquí hay implicaciones éticas que no debemos soslayar. Las familias no pueden asumir (en general) toda la carga del paciente. Su participación en el cuidado exige aportes institucionales por razones de justicia y beneficencia. Diversos estudios han demostrado la carga que supone para las familias el cuidado de un paciente psiquiátrico grave, concretamente del esquizofrénico (Fadden, 1987). Esta carga puede ser en ocasiones muy importante y afectar al bienestar de los propios familiares encargados de su atención, ya que, muchas veces estas familias implicadas tienen una vida sin descanso, sin respiro.

Aunque no existe una estimación definitiva del número de familiares implicados en el cuidado de los esquizofrénicos adultos, en un estudio realizado por Castilla y col. en la provincia de Valladolid (España) en 1998, aproximadamente el 90% de los pacientes en tratamiento ambulatorio y diagnosticados de esquizofrenia crónica, viven en el medio familiar. Por lo que hemos visto, tras la desinstitucionalización y la filosofía comunitaria de los cuidados en salud mental, la mayoría de los pacientes viven en su medio socio familiar,

por lo que el contacto del paciente con la familia suele ser frecuente ó permanente. Siendo así, parece lógico que sé de una gran importancia a las dificultades de las familias de los pacientes en su intento de adaptarse y manejar la estresante situación del cuidado de pacientes psiquiátricos crónicos. Así las cosas, ¿cómo se puede dejar la carga del paciente en manos de la familia? ¿hasta dónde puede llegar la participación de la familia en el tratamiento? ¿cuáles son pues, los límites de la intervención del paciente en su tratamiento, y cuáles los de la familia, la sociedad y los profesionales? Si la estructura familiar ha cambiado para adaptarse a la sociedad actual, ¿quiere esto decir que la sociedad es responsable de la insuficiencia de las familias? Intentar resolver estas cuestiones nos llevaría demasiado lejos; pero en el caso de la familia, según Diego Gracia, la familia, en su participación en el tratamiento, debe guiarse por el principio de beneficencia, debiendo actuar siempre en el mayor beneficio del paciente.

La sociedad aporta sus criterios desde la cultura e ideología dominantes, desde los valores que asume en un determinado momento histórico. Así, como ya hemos señalado, en la segunda mitad del siglo XX la sociedad ha decidido la desinstitucionalización del enfermo mental, y ello conlleva para Amarante y Aranguren, unas implicaciones éticas claras. Pretende el reconocimiento de nuevos derechos y nuevas posibilidades de ser sujetos para aquéllos que fueron convertidos en objetos para el saber y las prácticas científicas. No cabe duda que además de razones clínico-asistenciales y de otra índole, los argumentos para la llamada reforma psiquiátrica, llevada a cabo en España en las últimas décadas, son argumentos éticos que tienen que ver con la participación del paciente en su tratamiento. (6).

Una modalidad particular de la bienintencionada desinstitucionalización es lo que se ha llamado “transinstitucionalización” entendido como tal, el proceso por el cual un sujeto es “trasvasado” de una institución a otra; normalmente el paso es desde un medio psiquiátrico a uno de servicios sociales. El problema surge cuando la institución de destino no es más que eso, una nueva institución que da cobijo al paciente pero que no siempre le aporta la atención clínica que precisa. En todo caso, la transinstitucionalización ha sido positiva cuando pensamos en los deficientes mentales o en los ancianos sin patología psíquica activa que motivase un ingreso prolongado en el hospital psiquiátrico y que pasaron a ser atendidos en servicios específicos con recursos y modos de trabajo más adecuados a sus características y necesidades: instituciones para deficientes (pisos protegidos, talleres ocupacionales, etc.) o servicios de tercera edad. (1).

CONFLICTOS ETICOS EN REHABILITACION PSIQUIATRICA

Antes de abordar los conflictos éticos en rehabilitación vamos a recordar la finalidad de la rehabilitación y los diversos programas existentes en nuestro medio, de forma general.

La rehabilitación psiquiátrica es el proceso mediante el cual se pretende recuperar la funcionalidad psíquica y mejorar los niveles de socialización de los pacientes psiquiátricos, tratando de que la enfermedad psíquica esté compensada, evitando en lo posible las recaídas y el desarrollo de incapacidades y deterioros asociados a la enfermedad.

En cuanto a los programas de rehabilitación, señalar que todo programa parte de la evaluación diagnóstica y la funcional (déficits, capacidades conservadas, necesidades), tanto del paciente como de la familia o red social inmediata. El plan de trabajo ha de ser individualizado y consensuado con el paciente y su familia. Los programas incluyen aspectos psicofarmacológicos (necesarios en la mayoría de pacientes psicóticos) y psicoterapéuticos, en el sentido más amplio (rehabilitación cognitiva, habilidades sociales y técnicas de resocialización, afrontamiento de estrés, ocupación de ocio y tiempo libre, cuidado personal, manejo de dinero, actividades de la vida cotidiana, terapia ocupacional, ajuste vocacional y trabajo protegido, técnicas psicoeducativas para familiares, etc.).

Si se hacen así las cosas, estamos atendiendo a la individualidad de cada paciente, sin generalizar, y por tanto, estamos aplicando el principio de beneficencia en cuanto a buscar el bien de cada paciente; y al consensuar el programa con el paciente, estamos respetando y afirmando la autonomía del enfermo.

Los pacientes que participan en los programas de rehabilitación presentan otras necesidades que se solapan con las sanitarias como son: alojamientos protegidos, recursos económicos que les permitan llevar una vida digna y red social de apoyo que supla las deficiencias en habilidades de los mismos; estas áreas unas veces están cubiertas por servicios sanitarios y otras por los sociales.

Los equipos terapéuticos han de ser pluridisciplinares (aquí todavía más que en ningún otro campo de la asistencia psiquiátrica, por la diversidad de tareas a acometer) y han de estar dotados de personal suficiente en capacitación y número y mantener actitudes tolerantes, acogedoras, y de real trabajo en equipo.

En nuestro país, tras un periodo que aún continúa, en el que la actividad rehabilitadora se centró en los hospitales psiquiátricos y que permitió la reinserción en la comunidad de miles de pacientes, el peso de la rehabilitación está actualmente en los programas específicos de los Centros de Salud Mental y, sobre todo, en las estructuras comunitarias denominadas genéricamente “estructuras intermedias” (hospitales y centros de día, comunidades terapéuticas, centros ocupacionales, residencias y alojamientos protegidos o supervisados etc.). El desarrollo de estos servicios es muy desigual a lo largo de la geografía española y, sigue siendo, por su escasez e infradotación de medios, la “cenicenta” de la sanidad y el escollo fundamental del incompleto e insuficiente proceso de reforma psiquiátrica en el estado español. (1, 5).

Hecho este preámbulo, pasamos a abordar los diversos conflictos éticos que pueden surgir en el proceso de rehabilitación.

Respecto a las “buenas prácticas clínicas”, fundamento del principio de No-maleficencia, surgen varios problemas. Existen diversos modelos de programas y estructuras intermedias que en la práctica demuestran su utilidad, pero hay escasos estudios de investigación sobre la efectividad de las distintas técnicas rehabilitadoras, sobre la duración óptima de las mismas etc. Aquí el conflicto ético derivaría de la utilización de técnicas poco contrastadas y de la implementación de programas rehabilitadores sin determinar previamente objetivos y planes individualizados para cada paciente, negociados con ellos y con sus familiares cercanos.

Hay programas de tiempo limitado (por ejemplo: pisos de transición) que pueden plantear el conflicto de su finalización cuando aún no se ha conseguido el objetivo planeado; por el contrario, en otros programas al no plantearse objetivos o límites, el proceso se alarga indefinidamente, generándose dependencia de la institución y de los terapeutas y un desajustado reparto de recursos al hipotecar las plazas de programas o alojamientos protegidos con pacientes susceptibles de ser dados de alta.

En otras ocasiones, la falta de consecución del objetivo terapéutico de rehabilitación puede venir dada por un mal diseño del plan terapéutico o por carencia de recursos asistenciales (que puede impeler a dar altas prematuras).

La formación y capacitación profesional del personal asistencial encargado de los servicios de rehabilitación hospitalaria y de las estructuras intermedias no siempre es el idóneo, al provenir generalmente de la reestructuración de otras áreas de la asistencia psiquiátrica. El voluntarismo, el interés y la motivación suelen suplir en muchos casos la formación específica en estas técnicas.

Desde el punto de vista de la Justicia distributiva, el déficit de recursos de rehabilitación sigue siendo el gran reto de la asistencia psiquiátrica española. La necesidad de estructuras intermedias en toda la red asistencias de Salud Mental es notoria. En muchos lugares estas estructuras son escasas o están mal dotadas, para la función que deben desempeñar y para el

volumen de pacientes que precisaría ser atendido. Otras veces son los problemas de coordinación entre estructuras los que impiden que los pacientes se beneficien de las actividades de reinserción. Por otra parte, dentro de los hospitales psiquiátricos son necesarios servicios o unidades de rehabilitación con técnicas apropiadas que impidan el deterioro del paciente. Y aquí también los recursos suelen ser limitados.

En otro orden de cosas, la carencia de recursos económicos, sociales o de alojamiento, que impiden finalizar el programa de rehabilitación y resocialización supone una discriminación negativa para los pacientes afectados por esta situación. De hecho, la atención al paciente mental crónico ha motivado quejas al Defensor del Pueblo, el cual, en su informe de 1993 señaló que estos pacientes “precisan dispositivos de rehabilitación que den respuesta a situaciones que superan al tratamiento a disponer en una unidad de hospitalización de corta estancia”. En nuestro país, el paciente, en general desea participar en el tratamiento, las asociaciones de familiares de enfermos mentales insisten en la rehabilitación, pero ¿quiénes deben aportar medios y decidir el tipo de estructuras más convenientes?. Con frecuencia, este problema asistencial tiende a considerarse solamente desde sus aspectos técnicos, o políticos, sin caer en la cuenta de que es un problema de conciencia moral, cuya consideración debería conducir a una participación más decidida, más eficaz y más centrada en las necesidades de los pacientes y sus familias.

También nos podemos plantear un problema de ética de la gestión de recursos a este nivel. Así Fernández-Chavero realiza una reflexión ética a propósito de un caso: señala que los gastos sanitarios aumentan más deprisa que la riqueza total del país, siendo preciso transferir financiación de otros sectores al de la sanidad, es decir el crecimiento en un sector será a costa de reducir en otro y es aquí en donde debemos situar nuestro punto de partida en la reflexión, basándonos en un principio de justicia que contemple o bien “a cada uno según sus necesidades” o según “el mayor bien para el mayor número de personas”.

Si nos quedamos en el primero enunciado, y refiriéndose a un caso clínico concreto que publican, el enfermo ha tenido todas sus necesidades básicas cubiertas y debemos seguir cubriendo, pero la pregunta que surge es: hasta dónde podemos ó debemos hacerlo, sabiendo que hay más demanda que oferta. El autor cree que no se puede dar atención hasta el infinito por la escasez de recursos y por tanto debemos preguntarnos por los límites. Los autores piensan que no deben ser ni el paciente ni el profesional sanitario los encargados de fijar los límites. Debe ser la sociedad, mediante sus representantes quienes pongan los límites de atención. No parece que el criterio de “a cada uno según sus necesidades” pueda mantenerse durante mucho tiempo, porque dejaría de cubrirse parte de lo necesario de ese campo (de donde se ha trasvasado a Sanidad) que puede ser una necesidad más básica a cubrir.

Pasando al criterio utilitarista de “generar el mayor bien para el mayor número de personas”, es posible desde el punto de vista económico, pero se puede caer en la injusticia de dejar de atender a alguien en detrimento de otro. Este autor se plantea las siguientes cuestiones: ¿hasta cuándo un sujeto se puede estar beneficiando de una plaza en un recurso escaso y con largas listas de espera? ¿desde dónde se seguirá el trabajo desarrollado por el propio sujeto en estos meses? ¿quién debe hacerlo?. Si no se pudiese continuar el trabajo del sujeto, ¿estaría justificada su continuidad en el Centro de Rehabilitación? ¿qué es preferible, dar la oportunidad a nuevas personas aun a costa de un posible abandono del sujeto?. El autor concluye señalando que la solución pasa por una redistribución de lo que ya existe, y la creación, en la medida de las posibilidades económicas del país, de nuevos recursos.

Pasando al ámbito de la Autonomía, éste es uno de los más conflictivos en el campo de la rehabilitación. A veces se puede considerar que el paciente crónico, por su deterioro es incapaz de ser rehabilitable. Para ello, es necesario proceder a la evaluación de la competencia para cada situación concreta y proceder a decisiones de sustitución en caso de competencia disminuida. Todo paciente competente puede y debe participar en el diseño del plan

rehabilitador individual, permitiendo así la manifestación de sus preferencias respecto a las actividades que se le oferten.

La privacidad del paciente, en muchos casos, puede ser dañada: por ejemplo cuando los pacientes que residen en alojamientos protegidos son visitados por los equipos asistenciales sin previo aviso, o bien sin que el paciente lo solicite.

Asimismo la confidencialidad resulta soslayada, cuando se pone en conocimiento de agentes sociales, vecinos o empresas la situación del paciente, cuando éste no ha dado permiso para que la información sea transmitida. Asimismo, como se comenta en el capítulo dedicado a la confidencialidad, el hecho de que sea un equipo pluridisciplinar al que trata al enfermo hace que sea más dificultoso el deber de secreto.

También el hecho de que el paciente pueda presentar brotes de agresividad contra él mismo o contra otros, en su entorno socio-laboral; o bien un abandono de tratamiento, o una reincorporación a algún hábito tóxico, hace que pueda existir un riesgo a terceros sobre todo en trabajos tales como la conducción de transportes pesados, trabajos que se realizan a gran altura, los que afectan a la educación de menores, etc. Algunos autores señalan como medio para no dañar el derecho a la confidencialidad del paciente, y a la vez no comporten riesgos para la salud propia o ajena, el formar equipos multidisciplinares que con gran sentido de la ética, establezcan criterios de riesgo en la integración sociolaboral, y conseguir un sistema ético de seguimiento que, sin dañar el derecho a la confidencialidad del paciente, no comporte riesgos para sí ni para su entorno.

También se puede producir un conflicto entre el respeto a la autonomía del paciente y el deber de beneficencia cuando pacientes competentes rechazan los programas rehabilitadores, o cuando manifiestan su deseo de finalizar el programa o dejan de acudir a las actividades sin previo aviso; en estos casos la sugestión y la persuasión serán legítimas, no así la imposición. En todo caso se puede brindar una recompensa, o un refuerzo positivo si el paciente sigue acudiendo al programa.

Asimismo, retener a los pacientes psicóticos en tratamientos rehabilitadores mediante la gestión de recursos económicos sociales o de alojamiento que exclusivamente se les conceden si acreditan permanecer en tratamiento, sólo podría contemplarse como una excepción (por ejemplo: a fin de evitar un mal mayor) y, por tanto, debe estar suficientemente argumentada y justificada.

Pasando finalmente al ámbito del principio de Beneficencia, cuando un paciente incompetente (que no haya sido incapacitado legalmente y tenga un tutor nombrado por el Juez) carece de familia, Santander y col. se plantean con razón el dilema de quién debe ejercer la beneficencia. ¿deben serlo los profesionales sanitarios (siendo así juez y parte)? ¿no sería más conveniente que lo fueran instituciones más neutrales tales como fundaciones tutelares u otras?. La autora de este trabajo, personalmente, puede acreditar que, al menos en la provincia de Vizcaya este tipo de decisiones ya se han tomado, y recae la beneficencia sobre el Instituto Tutelar de Vizcaya, en los casos comentados por Santander y col.

Pero en otras ocasiones, los familiares directos de los pacientes crónicos no son las personas que mejor ejercen la beneficencia con ellos, ya que los deseos de estos familiares pueden entrar en conflicto con los de los pacientes a la hora de elegir recursos terapéuticos: así, por ejemplo, los familiares pueden rechazar las actividades rehabilitadoras en la comunidad decantándose por promover o prolongar un ingreso hospitalario. Cabe recordar aquí que la actitud benéfica sólo puede ser entendida como aquella que opera en mayor beneficio del paciente y que además se adecua mejor a sus valores y a sus expectativas o deseos. (1, 3, 4, 6, 7).

BIBLIOGRAFIA

1. Santander F, Morera B, Retolaza A, Hernanz M et al. El proceso terapéutico. En: Santander F (coordinador) ETICA Y PRAXIS PSIQUIATRICA. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Estudios/23. Madrid 2000. 151-171.
2. Peele R, Chodoff P. La ética del tratamiento involuntario y la desinstitucionalización. En: Bloch S, Chodoff P y Green SA (editores). La ética en psiquiatría. 1ª edición española. Madrid. Triacastela 2001: 409-413.
3. Szmukler G. Ética en la psiquiatría comunitaria. En: Bloch S, Chodoff P y Green SA (editores). La ética en psiquiatría 1ª edición española. Madrid. Triacastela 2001: 341-357.
4. Fernández Chavero JM y Florit Robles AC. Rehabilitación psicosocial del enfermo mental y reflexión ética. A propósito de un caso. An Psiquiatría (Madrid) 1999; 15(3): 118-123.
5. Fernández Olazábal P, Cañabate Reyes E, Salas Pérez L, Riera N y col. Aspectos éticos de la desinstitucionalización en el enfermo mental crónico. Cuadernos de Bioética 1999; 10(40):661-667.
6. Castilla A. Implicaciones éticas de la participación del paciente psiquiátrico en su tratamiento. Bioética y Ciencias de la Salud 2000; 4(1): 10-5.
7. Hernández Moratilla R, Moratilla Marquez A y Cantero González ML. Dilemas éticos en la integración de pacientes psiquiátricos. Bioética y Ciencias de la Salud 2000; 4(1): 88-91.

CAPITULO 6 ASPECTOS ÉTICOS EN EL INFORME PSIQUIATRICO. ETICA Y PSIQUIATRIA FORENSE

Como traté en el prólogo de la tesina, dedico un capítulo al informe psiquiátrico, ya que, una de las intervenciones no asistenciales más frecuentes en la práctica psiquiátrica, es la que se refiere a la actuación de los profesionales (habitualmente psiquiatras y psicólogos) como auxiliares de la Justicia —a requerimiento de jueces, fiscales y abogados sobre la base de sus conocimientos especializados y por la estrecha implicación que algunos aspectos de la salud mental tienen con decisiones de ámbito jurídico.

Veremos los aspectos éticos relacionados con la psiquiatría forense, en primer lugar en el ámbito estadounidense siguiendo a Thomas G. Gutheil en el capítulo realizado por él en el libro “la ética en psiquiatría” ya nombrado en numerosas ocasiones. Posteriormente pasaremos al ámbito de nuestro país, definiendo el informe psiquiátrico, viendo los fundamentos éticos, a partir de declaraciones y convenios que hagan relación a este aspecto y, los principales conflictos éticos que pueden surgir al llevar a cabo un informe psiquiátrico y en la psiquiatría forense, en general.

ETICA Y PSIQUIATRIA FORENSE EN NORTEAMERICA

Según la American Academy of Psychiatry and Law (AAPL), en su código de ética; se define la psiquiatría forense de la siguiente manera:

“La psiquiatría forense en una subespecialidad de la psiquiatría en la que la pericia científica y clínica se aplica a los problemas legales en contextos judiciales que incluyen asuntos civiles, penales, correccionales o legislativos; la psiquiatría forense debe ejercerse de acuerdo con las orientaciones y principios éticos establecidos por la profesión psiquiátrica”.

La psiquiatría forense se ha extendido, según Gutheil, en la actualidad y abarca nuevos campos de interés y actividad, tanto en cuestiones civiles como de otros ámbitos: la capacidad civil, la mala praxis psiquiátrica, las compensaciones laborales, las discapacidades psiquiátricas, y la custodia de menores; problemas que afectan básicamente a aspectos de regulación, como los requisitos para el consentimiento informado o el derecho del paciente a rechazar un tratamiento; asuntos clínicos con implicaciones legales, como la valoración de la peligrosidad y la gestión de los riesgos, etc.

Una relación diferente

Una distinción decisiva, con profundas implicaciones éticas entre la psiquiatría forense y a la psiquiatría general es la distinta relación entre el psiquiatra y el objeto de la atención psiquiátrica. Para el psiquiatra general, esa relación es la tradicional médico-enfermo; para la forense la relación pertinente es la de “examinador-examinado” ó “evaluador-evaluado” (salvo excepciones, como los psiquiatras forenses que administran un tratamiento a un recluso ó a un delincuente). Otras modificaciones: el paciente “contrata” al psiquiatra general incluso cuando la factura vaya a ser abonada por terceros. Los intereses, necesidades y metas del paciente prevalecen en la tarea que se realiza. Y las obligaciones o deberes éticos del psiquiatra-terapeuta ya los hemos visto. Por el contrario, quien “contrata” al psiquiatra forense

es el tribunal, o un funcionario que lo representa, como un procurador o un juez. El resultado de su exploración puede dar lugar a un testimonio que acabe perjudicando a la persona examinada (por ejemplo, si el testimonio forense afirma que un acusado es responsable penalmente (imputable), si el tribunal lo acepta y ratifica, ese testimonio puede llevar al castigo (pena) del acusado. Por ello es crucial que el paciente a examinar sea plenamente informado sobre las implicaciones de esta relación diferente. Y ello, por varias razones:

1. Quienes acuden al médico suelen tener ciertas expectativas (de confidencialidad, de que los esfuerzos médicos se dirigen a un beneficio (tratamiento), etc). Un nivel básico de honestidad requiere que las personas examinadas sean informadas desde el principio de que no son aplicables las reglas habituales, realizando advertencias específicas sobre tres puntos fundamentalmente:

1.a) que el contenido y los resultados del examen no son confidenciales y puede comunicarse a los procuradores y jueces, así como revelarse en la vista pública en algunas circunstancias.

1.b) que la exploración no supone un tratamiento, por cuanto el perito, aunque sea un médico, no es el médico de la persona explorada, en sentido terapéutico.

1.c) que la persona explorada no está obligada a responder a las preguntas, aunque también puede quedar reflejada su negativa.

2. Debe informarse a la persona examinada acerca de la parte de la causa (acusación o defensa) que contrató al perito y de su derecho a hacer pausas razonables durante la exploración.

3. En el caso concreto del psiquiatra forense que además está tratando a detenidos, reclusos en libertad condicional, o presos, se encuentra también en la obligación ética de informar al paciente sobre cualquier restricción de la confidencialidad y señalar las posibles exigencias de información a que se encuentra sometido.

CRITERIOS FUNDAMENTALES QUE RIGEN EL CODIGO DE ETICA DE LA AAPL

Como vamos a ver a continuación, y aunque ya ha quedado de manifiesto, son básicamente: la confidencialidad, el consentimiento informado del sujeto, la honestidad, el afán de objetividad y el respeto hacia los individuos examinados, la no aceptación de honorarios condicionados, la necesidad de entrevistar a todas las partes en una disputa por custodia y la obligación de aceptar las solicitudes de peritación según la experiencia real que se posee.

1. El criterio de confidencialidad

Dice el código de ética de la AAPL a este respecto:

“El respeto del derecho de un individuo a la privacidad y al mantenimiento de la confidencialidad debe ser una preocupación fundamental para un psiquiatra que realiza evaluaciones forenses. El psiquiatra debe proteger la confidencialidad lo más posible dentro

del contexto legal. Está obligado a prestar una atención especial a cualquier limitación a los preceptos habituales de la confidencialidad médica. Una evaluación con fines forenses debe comenzar anunciando a la persona examinada cualquier restricción de la confidencialidad. La información o los informes derivados de la evaluación forense deben someterse a las mismas reglas de confidencialidad que la propia evaluación y cualquier divulgación debe quedar restringida en el mismo sentido”.

Es, por tanto, importante, que el evaluador éste alerta durante la exploración, acerca de un posible desplazamiento de quien es evaluado hacia una “mentalidad clínica”. Esta “mentalidad clínica” es incompatible con las cautelas de autoprotección adecuadas en el examen forense puesto que éste no se orienta a la beneficencia terapéutica. El material clínico también puede estar sometido a ciertas exigencias de confidencialidad que afectan no sólo a los diversos documentos con un vínculo demostrado con el caso (historiales, informes, declaraciones, etc.) sino también a los resultados de las propias evaluaciones del perito. Para complicar más el asunto, las normas son diferentes en las diversas jurisdicciones: en alguna de ellas la revelación puede ser total; nada de lo que obtenga o genere una de las partes queda oculto para la otra. En otra jurisdicción diferente la protección sobre el “resultado del trabajo” puede ser tan extensa que incluso se oculta a los abogados el nombre del perito de la parte contraria y mucho más su dictamen, hasta el mismo momento del juicio.

Una conducta ética para el psiquiatra forense implica el respeto a unas normas tan importantes como éstas y el esfuerzo por mantener la confidencialidad del material de la causa.

2. Consentimiento

Señala el código de la AAPL:

“Siempre que sea posible se debe obtener el consentimiento informado del sujeto sometido a un examen forense. Cuando no sea preceptivo, hay que mencionar al examinando la naturaleza de la evaluación. Si el sujeto no es competente para otorgarlo, se ha de obtener un consentimiento por sustitución según las leyes de cada jurisdicción”.

Pese a las diferencias en la relación clínica, y por razones derivadas del principio ético de respeto a las personas, siempre que sea posible debe obtenerse el consentimiento informado del sujeto que va a ser evaluado. En la práctica forense hay algunas excepciones (las valoraciones o tratamientos ordenados por un tribunal, o los internamientos involuntarios con autorización legal). Las directrices de la AAPL dejan clara la distinción ética entre el consentimiento para someterse a una evaluación (que puede invalidarse por mandato de un tribunal) y el consentimiento para recibir un tratamiento, que puede regirse por una ley, normativa, o estatuto específicos de una jurisdicción.

3. Honestidad y afán de objetividad

Este criterio, el más complejo, provocativo y casi el más esencial, se expresa así:

“Los psiquiatras forenses actúan como peritos en el seno de los procesos legales. Aunque puedan ser contratados por una de las partes en un litigio de carácter civil o por la acusación o la defensa en un asunto penal, están sujetos al principio de honestidad y persiguen la objetividad. La evaluación clínica que realicen y la aplicación de los datos obtenidos en la misma a los criterios legales deben realizarse en el espíritu del citado principio y de los esfuerzos por alcanzar la objetividad. Esto mismo debe quedar reflejado en el dictamen”.

Si la honestidad es una virtud aceptada, el hecho de que sea necesario afirmarla como una de las normas, es debido al carácter excepcional de las presiones que sufre el facultativo forense inmerso en un proceso contradictorio. En primer lugar, ejerce presión el abogado que contrata al psiquiatra forense como testigo experto. El abogado actúa de forma partidista, mediante una representación celosa y agresiva de su cliente, pudiendo presionar al forense para sesgar o inclinar sus informes en el sentido que más le favorece. También el perito puede recibir presiones internas tales como la identificación con el abogado que le contrata, deseando complacerle o cooperar con él. Finalmente la mera motivación económica puede constituir una fuerte presión contraria a la honestidad de la opinión del perito. Como señala el código, acerca de las presiones que puede tener el perito:

“Su contratación por una de las partes en un asunto civil o penal expone al psiquiatra forense a la posibilidad de un sesgo involuntario y al riesgo de distorsionar su dictamen”.

¿Cómo alcanzar la honestidad y objetividad? : Será necesario revisar la información relevante (historiales, entrevistas, etc.) tan minuciosa y ampliamente como sea posible, o hasta el límite permitido por las reglas de lo revelable o admisible, y a partir de estos elementos, construir un dictamen imparcial y objetivo. Este dictamen, “sea cual sea”, debe comunicarse al abogado contratante, el cual decidirá si es útil para el caso o si puede emplearse en la audiencia o en el juicio. Si el dictamen no resulta útil para su caso, el abogado podrá tomar decisiones sobre el litigio (por ejemplo pactar) o buscar otro perito, -ambas estrategias legales legítimas-.

Un ejemplo de interés son los litigios por custodias infantiles. Una evaluación exhaustiva de todas las partes (padres, niños, observadores, otros miembros del núcleo familiar, etc.) resultará útil para obtener una visión global de la situación de la familia, y evitará que el perito se vea influido por algunas “enérgicas” solicitudes de custodia y por las críticas de las partes en conflicto, rasgos habituales de este tipo de litigio, sin duda, uno de los más desagradables.

4. Dictámenes forenses sin examen directo

Las directrices de la AAPL apuntan:

“La imparcialidad y suficiencia de la valoración clínica puede ponerse en cuestión cuando el perito ofrece su dictamen sin haber realizado un examen personal. Aunque hay expertos que excluirían una opinión pericial sobre un individuo al que no se ha examinado personalmente, la posición de la Academia es, que siempre que el examen personal resulte imposible a pesar de que se hayan realizado todos los esfuerzos posibles cabe emitir un dictamen basado en otras informaciones. Sin embargo, en tales circunstancias recae sobre el psiquiatra forense la responsabilidad de garantizar que se limite consecuentemente la comunicación de su dictamen y de cualquier informe o declaración basados en él”.

Los dilemas relacionados con dictámenes emitidos sin exploración previa surgen generalmente en los siguientes casos:

a) **autopsia psicológica**. En estos casos puede cuestionarse el estado mental del fallecido. Algunas pólizas de seguros de vida, por ejemplo, carecen de validez en los casos de “suicidio lúcido”, pero son válidas si el suicidio se produce en el contexto de padecimiento de un trastorno mental, definido en un sentido amplio.

b) **alegación de mala praxis en casos de suicidio**: cabe que se alegue error diagnóstico y terapéutico respecto al fallecido, en el contexto de una mala praxis. La

argumentación inteligente de la causa requiere que el examinador establezca el estado mental del paciente; sin embargo esto sólo es posible a través de historiales y testimonios.

c) **disputas testamentarias post-mortem**: tras la muerte del testador los herederos pueden cuestionar su competencia para testar (capacidad para redactar un testamento). Estos demandantes, rara vez son testigos imparciales fiables. No obstante, el perito, sin faltar a la ética, puede ofrecer opiniones respecto a si el testador cumple o no con los criterios de competencia testamentaria, sobre la base de informaciones procedentes de las personas que lo conocieron, el personal médico y de salud mental, escritos del difunto y datos similares. Pero hay que reconocer las limitaciones de dichos datos, de modo que una conclusión que diga “lo ignoro” puede ser completamente aceptable.

En estos tres casos, la persona a someter a examen ya ha fallecido. Salvo que pueda establecerse la evidencia de un error diagnóstico grosero en los terapeutas que atendieron al sujeto en su momento, un perito con criterios éticos, debe conceder el beneficio de la duda a los observadores directos, que tuvieron acceso a datos de indudable riqueza (lenguaje corporal, expresión facial, tono de voz, empatía y respuesta emocional del observador) que rara vez pueden transmitirse en el frío historial escrito. Aunque no figuren en el texto, estos datos subjetivos pueden ser de decisiva importancia sobre la toma de decisiones.

De todos modos, el punto de corte definitivo para establecer un ejercicio ético es la honestidad en el interrogatorio, ya que en la exploración directa el dictamen se elabora mediante un procedimiento estructurado que refleja una cuidadosa preparación y planificación con el abogado. Es en el interrogatorio donde se formulan preguntas inesperadas y donde se muestra o investiga cualquier limitación, inconsistencia o “punto oscuro” del dictamen; en él, un profesional atento a la ética ha de reconocer con franqueza las contradicciones, las parcelas desconocidas y las limitaciones de los datos disponibles. Esta es la auténtica prueba de la integridad de un perito.

5. Terapeuta vs. perito

A veces los clínicos son llamados para actuar como testigos expertos de sus propios pacientes, por razones diversas. Entre ellas están: abogados que desean economizar utilizando al terapeuta para una “doble función” sin cobrar los honorarios de un perito; abogados que desconocen la existencia de conflictos entre ambos cometidos y por fin, terapeutas arrastrados por su pasión de interceder en beneficio de sus pacientes.

El efecto nocivo del rol de terapeuta sobre el de perito procede del ineludible (quizás incluso deseable terapéuticamente) sesgo que introduce la alianza terapéutica con el paciente. Aunque esencial en el tratamiento, esta alianza ejerce probablemente un efecto de distorsión sobre la necesaria objetividad del perito. Y a la inversa, las obligaciones del rol de perito afectan al proceso terapéutico. Como ya se ha comentado, el paciente acude al tratamiento con unas amplias expectativas sobre la confidencialidad, que con frecuencia no pueden respetarse dentro del marco legal de la tarea de un perito.

6. El problema del “mercenario”

Actualmente, muchas de las controversias relativas a los testimonios psiquiátrico-forenses corresponden a la tensión, confusión y rencor que suscita al tema del “mercenario”. Todos los juicios relevantes por enajenación (crímenes o violaciones, etc.), se han visto seguidos sistemáticamente por protestas de la población, medios de comunicación y políticos, solicitando nuevas leyes modificadas, rectificación de los fallos; son habituales también expresiones de desconcierto profesional procedentes de la psiquiatría general o de la

medicina. El alboroto que provocan estas causas públicas parece originarse en el hecho de que un lector de periódico se considera capaz de tener una imagen precisa del estado mental de un sospechoso en el momento de un crimen remoto, y por tanto, afirmar fundadamente si un psiquiatra esta intentando “dejar suelto” a un delincuente; asimismo dicha percepción ignora también que las funciones del juez y del jurado tiene un papel mucho más determinante que el dictamen pericial.

Pero tras todos estos fuegos fatuos hay un tema serio: la percepción y la existencia real de psiquiatras forense sobornables que venden, corruptamente, sus dictámenes, que no se basan precisamente en la “honestidad y afán de objetividad” sino en lo que el abogado desea que digan. La distinción entre peritos corruptos e íntegros, desde el punto de vista ético, se expresa a través de este aforismo: “El perito íntegro vende su tiempo; el mercenario vende su testimonio”. Este razonamiento justifica también la afirmación (realizada en los comentarios del Código de la AAPL) de que los psiquiatras forenses deben rechazar los honorarios condicionados (honorarios ligados al resultado de la causa) como un potencial factor de parcialidad. El testimonio del perito debe ser, por tanto, “neutro” respecto al resultado”.

Pero el asunto no es siempre tan nítido y definido. Con frecuencia, los peritos de diversos campos psiquiátricos no coinciden, y en ocasiones, la discrepancia está cargada de acritud. Tal discrepancia, que puede surgir en cualquier conversación entre psiquiatras, no implica corrupción. Debe tenerse en cuenta que, en este contexto, los dictámenes ante un tribunal, dada la complejidad de las cuestiones forenses, no tienen un carácter de “certeza” sino sólo de “certeza médica razonable” (este criterio se adapta mejor a la incertidumbre inherente a la valoración forense).

La trayectoria de un perito éticamente correcto ha de situarse entre dos polos: 1) todo el mundo tiene derecho a su defensa y a perseguir la victoria en un tribunal. 2) Los peritos no están obligados a aceptar ninguna causa que consideren incompatible con sus valores personales. Aunque hay que asumir cierta tensión e incomodidad al tratar aspectos –a veces horrendos- de los casos forenses, está totalmente justificado que el perito decida retirarse cuando se ve sometido a niveles extremos de malestar personal.

7. Capacitación

Dice el código de la AAPL:

“El peritaje, dentro del ejercicio de la psiquiatría forense, sólo debe realizarse en aquellas áreas en las que se posean conocimientos, habilidades, entrenamiento y experiencia reales”.

Este criterio amplía la aplicación del anterior criterio de “honestidad” desde las características anteriores hasta el reconocimiento expreso, por parte del perito, del alcance de su experiencia “real”. Si un forense sólo ha tratado tres pacientes alcohólicos, debe decirlo; si es la primera valoración de un trastorno de estrés post-traumático, hay que admitirlo. Idealmente, deberían comentarse desde el primer momento, con el abogado contratante, los puntos fuertes y débiles de la propia experiencia profesional, con el objetivo de evitar valoraciones erróneas sobre el nivel real de experiencia como perito que posee el testigo experto. La tensión entre las cuestiones forenses y las cuestiones fundamentalmente morales o sociales constituye un componente de ambigüedad que puede incluirse dentro del problema de la capacitación. Según establecen las directrices, el psiquiatra forense aplica principios psiquiátricos a cuestiones legales. A lo largo de procesos civiles y penales al perito forense se le presentan, de una u otra forma, los problemas de la imputabilidad moral, la responsabilidad última sobre las conductas, la motivación consciente versus la inconsciente, o la predictibilidad. (1).

En este sentido, Binder hace un llamamiento, ante el progresivo aumento de porcentaje de psiquiatras forenses en Estados Unidos, de que su trabajo no es sencillo, y de que deben extremar su capacitación, su conocimiento de las leyes, y en concreto, les aconseja conocer y seguir códigos éticos, tales como el Código de la “American Academy of Psychiatry and the Law” (AAPL), que es el que estamos desarrollando en este capítulo. (2).

8. El problema de la “cuestión fundamental”

Un tema sometido a controversia es el que se refiere a si un psiquiatra forense debe o no expresar en su peritaje conclusiones relativas a la cuestión (legal) fundamental en el caso. Esta cuestión puede ser la existencia o no de imputabilidad (responsabilidad penal) en el acusado – hallazgo cuya afirmación compete a quienes instruyen la causa (juez o jurado)-.

Algunos estudiosos han sugerido que el testigo experto, al afirmar la cuestión fundamental como un dictamen, estaría invadiendo las competencias del instructor, y recomiendan que el testimonio del perito forense en su dictamen llegue únicamente hasta los márgenes de la cuestión fundamental, afirmando por ejemplo: “El acusado carece de la capacidad sustancial requerida para apreciar la ilegalidad de su acto”. Al mencionar los criterios, el testigo deja el fallo fundamental en manos del instructor.

Otros autores han sugerido que, en definitiva, toda prueba forense es una opinión, y que opinar exclusivamente sobre criterios sin llegar a las conclusiones evidentes que están implícitas constituye una sutileza innecesaria; más aún, los jueces instruyen habitualmente al jurado sobre el peso que deben otorgar al dictamen pericial. Ciertos jueces incluso, insisten en que el perito llegue hasta la cuestión fundamental para que el jurado tenga claro que el dictamen pericial tiene implicaciones obvias.

9. Otros ámbitos de Controversia ética

Podríamos enunciar los siguientes:

9.a) Examen previo a la denuncia

La polémica en este campo tiene que ver con la determinación de si un psiquiatra forense debería o no examinar a un sospechoso durante el periodo inmediatamente posterior a su arresto y encarcelamiento y, posiblemente antes de que se le haya asignado abogado. Tradicionalmente (salvo tratamientos urgentes) se asume que un psiquiatra forense debería insistir en la asignación de un abogado al sospechoso, y esperar su llegada, para que el examinando pueda ser asesorado acerca de sus derechos. El comentario de las directrices de la AAPL advierte de lo siguiente: “*las consideraciones éticas excluyen el examen forense antes de acceder o disponer de consejo legal. Las exploraciones dirigidas a efectuar cuidados y tratamientos médicos de urgencia constituyen la única excepción*”.

El propósito de esta restricción es evitar que el sospechoso pronuncie afirmaciones potencialmente autoinculpatorias ante el psiquiatra, cuya supuesta habilidad para obtener información puede situar a aquél en una posición de desventaja.

Otros argumentan que es muy útil y valioso el examen realizado inmediatamente después de cometerse el supuesto crimen. Hasta el momento la postura ética de la AAPL es que se debe postergar o evitar el examen hasta la asignación de abogado.

9.b) la defensa basada en la alegación de enajenación

La esencia del problema de la enajenación mental (la aplicación de criterios legales sobre la situación mental de un acusado en el momento de cometer el acto en cuestión para determinar si se le debería considerar responsable) requiere llenar el vacío entre el campo clínico y el legal del modo más cuidadoso, preciso y sutil; en efecto, tal vez ninguna otra cuestión forense exija tanta atención para tender esta puente conceptual.

Los siguientes factores pueden, en este ámbito, poner a prueba la honestidad y objetividad: la identificación del examinador con el acusado, especialmente si su enfermedad mental es evidente (tendiendo quizá a reducir el umbral para emitir un informe de enajenación); la identificación con las víctimas (tendiendo en esta ocasión a elevar el umbral para un dictamen de enajenación); y las reacciones de contratransferencia despertadas por la atrocidad o inverosimilitud de un crimen concreto. Estos criterios específicos introducen una aparente paradoja: un acusado puede estar “loco” (enfermo mental) pero no ser un enajenado (puede no tener una enfermedad mental que además cumpla tales criterios).

9.c) Casos de lesiones personales

Es frecuente en psiquiatría forense enfrentarse a casos en que se alegan daños psicológicos. Los retos éticos que habitualmente plantean son: la delicada cuestión de la simulación o exageración de los síntomas; el desafío de la determinación del vínculo causal entre el acto lesivo alegado y la situación emocional actual, sobre todo cuando la historia contiene múltiples traumas y abusos previos; y el reto de mantener la objetividad cuando nos confrontamos con una persona que puede estar sufriendo tan intensamente como uno de nuestros pacientes en tratamiento.

9.d) El psiquiatra en el hospital forense y en el sistema penitenciario

Ya hemos comentado previamente, el problema de la doble dependencia institucional.

Un problema ético específico en el hospital forense puede plantearse cuando se ha declarado inimputable a un acusado por “enajenación mental” y tras su internamiento la exploración revela que no padece enfermedad mental subyacente. Esto suele ocurrir en el caso de psicópatas de gran labia capaces de persuadir al jurado de su locura.

El psiquiatra de prisión se enfrenta a una “población cautiva”. Los desafíos éticos suelen ir desde la confesión espontánea por parte del preso de otros crímenes, al contrabando con los fármacos prescritos en el “mercado clandestino” de la prisión o la revelación, dentro de un contexto terapéutico, de una violación, un asesinato o un plan de fuga o motín. Aunque para estos casos no existen soluciones generales claras, de nuevo resulta fundamental comentar con el preso el problema de la doble dependencia institucional y las limitaciones de la confidencialidad.

En resumen, y como señaló Jonas Rappeport en 1991:

“La psiquiatría forense no es un campo en el que un psiquiatra deba dar un paso sin una buena dosis de prudencia. Contiene múltiples escollos éticos. El psiquiatra forense no establece su contrato fundamentalmente con el paciente, sino con el abogado de éste o con el tribunal. De hecho el “paciente” no es realmente un paciente, en el sentido habitual médico-paciente. Es necesario que esto le sea advertido con claridad a la persona explorada desde el comienzo. Se está penetrando en una morada distinta a la de la medicina, la del derecho, con sus motivos, fines y reglas de conducta diferentes. En medicina la comunicación es abierta, en el derecho no puede serlo. En medicina se escucha todo, y puede que se discuta sobre ello con los compañeros; en el derecho el abogado que nos contrata puede que no quiera que lo

hagamos. Puede, incluso, que desee que omitamos la información que crea va a perjudicar a su cliente, y nosotros podemos querer hacer desaparecer el material que no nos parece pertinente. Podemos vernos tentados a decir demasiado o demasiado poco, o, arrastrados por nuestro celo, adelantar ideas y teorías sin fundamento, o permitir que nuestras inclinaciones personales aparezcan como una opinión profesional. Estos son sólo algunos de los problemas éticos que surgen en el entorno forense”.(1).

ETICA Y PSIQUIATRIA FORENSE EN ESPAÑA

La condición de experto en salud mental ha otorgado al psiquiatra, a lo largo de la historia, un cierto poder en la sociedad, en la medida que sus informes han tenido, con frecuencia, importantes repercusiones legales. Por ello el dictamen psiquiátrico (ó informe psiquiátrico), en cuanto sirve para aclarar problemas en cuya resolución se necesita una capacidad especializada que el juez ó el tribunal no posee, se ha considerado siempre como necesario y relevante, dados los numerosos preceptos jurídicos en los que pueden subsumirse situaciones afectadas por cursos psicopatológicos.

En los últimos años estas relaciones entre psiquiatría y ley han experimentado cambios notables, haciéndose cada vez más estrechas y comprometidas, especialmente desde la entrada en vigor del nuevo Código Penal en 1996 y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en los primeros días de 2001, con una mayor presencia del psiquiatra como experto en los foros jurídicos. Por otra parte, se han incrementado las exigencias éticas y legales en la realización de los informes. La tarea pericial, como actuación médica que es, debe desarrollarse respetando la autonomía de los pacientes y la normativa vigente, para no incurrir en responsabilidad penal, civil o deontológica.

Vamos a exponer a continuación unos conceptos generales de la psiquiatría forense, para pasar después a ver los fundamentos éticos y controversias éticas que pueden surgir.

CONCEPTOS GENERALES

El peritaje científico y clínico, según Talbott, en el caso de la psiquiatría forense abarca diversas áreas, a saber: “las áreas de evaluación más frecuentes son: juicios por malpraxis, impugnaciones de testamentos, juicios por daños personales, determinaciones de capacidad mental (tanto civil como penal), responsabilidad penal, sentencias previas”.

Los informes periciales implican la aportación de un conocimiento, de una sabiduría, ya que el profesional es requerido como experto para la elaboración de un dictamen. Y tienen como finalidad general asesorar al juez o tribunal mediante la realización de un acto valorativo de la enfermedad.

Para Kaplan, “en la sala de justicia un perito, como testigo experto, puede sacar conclusiones de los datos y así proporcionar una opinión”. Desde el ámbito jurídico, son considerados como necesarios para la correcta administración de justicia. El Tribunal Supremo ha expuesto en diversas sentencias los criterios de valoración del informe pericial y su interrelación con otros medios de prueba, existiendo un amplio consenso sobre sus características fundamentales.

El informe pericial psiquiátrico, contiene según Micó: “la información del peritaje, constituye por tanto, el instrumento de comunicación entre la psiquiatría y el derecho. Materializa la respuesta a las cuestiones sobre las que se pregunta al perito psiquiatra, por lo que el informe deberá estar configurado y confeccionado para proporcionar, de forma

comprensible a los sistemas jurídicos la información psicológica operativa para las decisiones jurídicas en las distintas áreas del derecho”.

Para Castilla del Pino, “para hacer una inferencia razonable sobre las relaciones entre una enfermedad y determinado acto, los jueces han de ser informados con detalle. No bastan las etiquetas que nada explican (esquizofrenia, paranoia, psicosis, etc.). La descripción y explicación del origen, el desarrollo y las manifestaciones de las enfermedades alegadas son funciones clave de los peritos como expertos. El valor del testimonio de un experto en este campo, procede del modo como se fundamenta su opinión y de las razones que le llevan a establecer sus conclusiones. En la explicación de la enfermedad y de su dinámica (es decir, del modo como surge, se desarrolla y afecta los procesos mentales y emocionales del acusado) reside el valor del testimonio, y no en la expresión de unas conclusiones. Las inferencias últimas, las razones de causa-efecto, competen a los que enjuician los hechos”.

El contenido del informe psiquiátrico vendrá determinado por lo que interese la decisión judicial que lo acuerde en fase sumarial o en diligencias preparatorias y por las pretensiones de las partes a quienes pueda interesar que el perito médico asesore sobre tal ó cual aspecto al Juez o Tribunal que haya de decidir.

El psiquiatra como perito, debe reunir, para Gisbert, una serie de cualidades: objetividad, reflexión y sentido común, juicio, prudencia, imparcialidad y veracidad, que como ya hemos visto anteriormente, son cualidades para una correcta actuación ética. Debe tener una formación básica médica y unos conocimientos jurídicos.

Pero dadas las circunstancias actuales en que se desenvuelve el psiquiatra como experto en los foros jurídicos, debe considerarse también la competencia profesional y los límites del conocimiento psiquiátrico.

En relación a la competencia profesional, y según señala Sánchez Gutiérrez “por parte de los psiquiatras se debería hacer un esfuerzo por delimitar cuál es el campo de nuestra competencia y sugerir a los magistrados qué elementos podemos ofrecer a partir de nuestro saber y conocimientos. Así evitaremos la sensación de que nuestras respuestas no aseguran tan sólidamente sus decisiones como esperan y evitaremos ofrecer como verdades científicas opiniones fruto de la interpretación. La formación continuada, el conocimiento de los aspectos procesales y jurídicos pertinentes y la reflexión ética previa, que desde la profesión debe hacerse de muchos de estos aspectos, ayudarán a ello”.

Asimismo, y para Castilla del Pino, el no salirse de su competencia, lleva al psiquiatra a no pronunciarse acerca de la responsabilidad o no del procesado; sobre esta cuestión ha de pronunciarse el juez.

En cuanto a los límites del conocimiento psiquiátrico, señala López-Ibor: “la psiquiatría tiene que ver con la personalidad humana y ésta no ha desvelado, ni desvelará jamás, todos los misterios que contiene. A veces los jueces piden precisiones que no es posible dar, y exigen del perito un malabarismo técnico con un conocimiento insuficiente de la realidad. La objetividad en el dictamen no ha de basarse en el abuso de pruebas o tests psicológicos, sino en el conocimiento de la historia personal del paciente. El secreto de la instrucción es inviolable, pero este supuesto, no debe desdeñar el psiquiatra buscar los medios de información necesarios, ni el juez, en lo posible, dejar de procurárselos”.

Expongo a continuación los diversos dictámenes que se suelen solicitar a los psiquiatras, según las diversas jurisdicciones:

- En la jurisdicción de lo penal, al psiquiatra se le encomienda a menudo el tratar de establecer la situación psíquica del sujeto encausado en el momento de autos, sus capacidades cognitivas y volitivas, en definitiva, su capacidad para ser responsable de una determinada acción u omisión (aunque hemos comentado la opinión al respecto de Castilla del Pino, que esto sería más bien competencia del juez). De igual modo su situación psíquica durante el

proceso debe acreditarse a fin de garantizar los derechos procesales y evitar una situación de indefensión para el sujeto. Finalmente, el profesional psiquiátrico puede ser llamado a dar su opinión sobre las medidas terapéuticas idóneas a establecer con relación a un sujeto penado, es decir puede solicitársele que opine sobre las “medidas de seguridad” más convenientes a aplicar en un sujeto con patología psiquiátrica que ha delinquido y ha sido sentenciado.

- En el ámbito de lo civil, la intervención del perito psiquiatra tiene también relación con la valoración de la competencia/capacidad de los sujetos, que puede modificar la validez de actos jurídicos como firmar contratos, otorgar testamento, contraer matrimonio, adoptar hijos, realizar donaciones ó cualquier otro acto de la vida civil. Un aspecto de alta especificidad psiquiátrica tiene que ver con las incapacitaciones, que implican necesariamente la acreditación de una situación de enfermedad psiquiátrica irreversible que no permite al sujeto la gestión de sus propios bienes y/o de su persona. A este respecto, la opinión especializada puede ayudar a establecer el grado de incapacidad y las áreas afectadas.

- En la jurisdicción de lo social, la psiquiatría (como otras especialidades) es llamada a establecer las deficiencias, discapacidades y minusvalías producidas por los trastornos psíquicos y su relación con el ámbito laboral y el desempeño de diversas actividades.

- En el contexto de lo canónico la psiquiatría es auxiliar e imprescindible para establecer defectos de consentimiento o de identidad debidos a problemas psíquicos previos o características psicológicas de inmadurez que representan el mayor porcentaje de defectos de consentimiento de cara a una posible nulidad matrimonial.

Otros muchos ejemplos: valoraciones en litigios por custodia, valoración del daño psíquico ligado o no al daño corporal, etc. Nos dan idea de la estrecha relación que la psiquiatría guarda con el mundo jurídico (relación más estrecha si cabe en el caso de los ingresos involuntarios).

Contexto legal. Diferencias entre peritos y testigos

El llamamiento del juez es siempre de obligatorio cumplimiento. Esto deriva de la obligación de todo individuo, establecida en la Constitución de auxiliar a la Justicia. En la práctica, el profesional llamado a prestar servicio como perito en el ámbito de lo penal podría ser procesado en último término por denegación de auxilio a la justicia si se negara a ello o no compareciera. En otros ámbitos procesales (civil, laboral, etc.) no existe esta figura de denegación de auxilio (actualmente llamada obstrucción a la justicia) y, por tanto, el profesional puede soslayar la petición por falta de desarrollo legal en jurisdicciones no penales. Lo mismo se podría decir cuando se le cita como testigo.

Las leyes de Enjuiciamiento Criminal y Civil establecen los procedimientos relativos a la prueba pericial en cada uno de los ámbitos afectados.

Con frecuencia los profesionales se sienten confusos en las ocasiones en que son requeridos por la Justicia para colaborar en diversos procesos, tanto por el hecho de que las citaciones con frecuencia no diferencian adecuadamente entre peritos y testigos (citan en calidad de unos a otros y viceversa) como por el hecho de que es frecuente entre profesionales el desconocimiento de las diferencias entre ambos.

El perito es aquel profesional requerido para asistir al juez por su experiencia en un tema concreto (experto) o aquel profesional propuesto por una o varias de las partes para

aportar sus conocimientos científicos en relación con la causa. La ley otorga al juez la capacidad para realizar una libre valoración de las pruebas aportadas (entre ellas la pericia y los testimonios), por lo que la pericia (tampoco el testimonio) no es vinculante para el juez, aunque no haya contradicción entre peritos. Si el juez ignora parcial o completamente el dictamen pericial, deberá razonarlo en la sentencia. De otro modo cabría recurso de casación ante instancias superiores.

El dictamen psiquiátrico establecido en la pericia trata de establecer la relación entre estado psíquico y diversos aspectos de los hechos juzgados, además tiene una segunda función que va más allá de lo que se aporta al caso concreto; en los dictámenes se van transmitiendo constructos y conceptos, de una ciencia compleja (en este caso, la psiquiatría) lo que contribuye a la formación de los juristas. De ahí la exigencia de un lenguaje claro y comprensible.

Por todo anterior, la relación que el perito establece con el sujeto es una actividad estrictamente dirigida a dar respuesta a los requerimientos judiciales establecidos en la petición de prueba.

El testigo, aun pudiendo compartir con el perito una actividad profesional, experiencia y conocimientos que lo hagan un experto, es llamado, sin embargo, para dar cuenta de aspectos relacionados con un sujeto al que conoce por medio de su actividad asistencial, bien porque es su terapeuta habitual, bien porque ha tenido conocimiento de hechos que se han producido en un contexto terapéutico.

De esto se deduce que el perito no tiene una vinculación con el sujeto fuera del tiempo que van a compartir para que sea posible realizar la prueba pericial, mientras que el profesional testigo tiene con el sujeto una relación pretérita, actual o futura, y su relación se ha establecido no con fines periciales sino con fines terapéuticos o asistenciales. Es por ello, por lo que, independientemente de que a menudo la actividad judicial no lo tiene en cuenta, un profesional que ha tenido un contacto asistencial con un sujeto no debería acudir como perito, y tampoco un perito debería realizar intervenciones de tipo asistencial con el sujeto al que valora con fines de perito.

Más aún, en el Código de Ética y Deontología Médica (1999), en el artículo 41.3 se señala “La actuación como peritos o médicos inspectores es incompatible con la asistencia médica al mismo paciente”.

Y, sin embargo, una novedad de la Ley de Enjuiciamiento Civil 7/2000, es la de la figura del testigo-perito: aunque el llamado sea en calidad de testigo, cuando posee conocimientos técnicos ó científicos sobre la materia a que se refieren los hechos del interrogatorio, el tribunal admitirá las manifestaciones que en virtud de dichos conocimientos agregue el testigo a sus respuestas y es factible que las partes o el juez en el curso de ese interrogatorio libre, puedan pedir explicaciones con contenido científico al testigo cualificado. En consecuencia, para el supuesto en el que el médico haya asistido en algún momento a un determinado paciente, aun cuando su intervención en el historial fuese accesoria, si es llamado para ratificar en apariencia una actuación, la declaración puramente formalista del proceso actual se ve transformada ante la eventualidad de convertir su interrogatorio en una prueba pericial en algunos aspectos. También merece citarse la posibilidad de practicar un careo en que pudiera intervenir el testigo con las partes o con otros testigos peritos (artículos 370.4 y 373).

Hecho este comentario, otra diferencia secundaria que se establece entre testigo y perito es que el perito tiene derecho a unos honorarios por el trabajo que realiza para elaborar la prueba pericial; el testigo, sin embargo, aporta información de la que tiene conocimiento en un ámbito previamente remunerado, por lo que no tiene derecho a establecer precio a su testimonio, ya que no requiere realizar una nueva tarea con el sujeto.

ASPECTOS ETICOS EN EL INFORME PSIQUIATRICO:

1.DECLARACIONES Y CONVENIOS

1.1 PRINCIPIOS PARA LA PROTECCION DE LOS ENFERMOS MENTALES Y PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCION DE LA SALUD MENTAL

Este documento, que recogemos en la tesina en el apéndice al capítulo de los Códigos éticos en psiquiatría, hace referencia en su principio 1: libertades y derechos fundamentales: al derecho a una buena asistencia psiquiátrica, al respeto con que debe ser tratados inherente a su dignidad de persona humana, a la no-discriminación por motivo de enfermedad mental, a ejercer los derechos políticos, civiles económicos, sociales y culturales reconocidos en Declaraciones y Convenios previos, al nombramiento de tutor si presenta incapacidad legal y a la protección de sus intereses.

En el principio 4: determinación de la enfermedad mental, señala el modo como debe hacerse (de acuerdo con las normas médicas aceptadas) y sin que haya motivos extra-médicos para ser diagnosticado como enfermo mental.

En el principio 5: examen médico: se señala la no-obligatoriedad de someterse a un examen médico para determinación de enfermedad mental, salvo que así lo autorice el derecho nacional.

1.2 DECLARACION DE MADRID (1996) ASOCIACION MUNDIAL DE PSIQUIATRIA

También lo recogemos en el apéndice documental: En el punto 5 se señala: el deber del psiquiatra de informar y aconsejar a la persona que se evalúa sobre el propósito de su intervención, sobre el uso de los resultados de la misma y posibles repercusiones de la evaluación, lo cual es particularmente importante si el psiquiatra tiene que intervenir en situaciones con terceras partes.

Esta declaración tiene normas para situaciones específicas (que, como señala el Comité de Ética de la Asociación Mundial de Psiquiatría, podrían ser ampliadas). Se señala en concreto, que, en relación con la eutanasia, el psiquiatra debe ser consciente de que las opiniones de un paciente pueden estar distorsionadas por una enfermedad mental tal como la depresión, y el deber del psiquiatra es tratar la enfermedad, ya que la primera y principal responsabilidad del médico es la promoción de la salud, la reducción del sufrimiento y la protección de la vida.

En relación con la tortura, se señala que el psiquiatra no debe tomar parte en ningún proceso de tortura física o mental aun cuando alguna autoridad intenta forzar su participación. Respecto a la pena de muerte, el psiquiatra no debe participar, bajo ningún concepto, en ejecuciones legalmente autorizadas, ni participar en evaluaciones de la competencia a ser ejecutada. En cuanto a selección de sexo: un psiquiatra no debe participar bajo ninguna circunstancia en decisiones de interrupción de embarazo con el fin de seleccionar el sexo.

Finalmente, en relación a trasplante de órganos, el psiquiatra no debe asumir el poder de decisión en nombre de los enfermos, y debe proteger a sus pacientes y ayudarles a ejercer su autodeterminación lo mejor posible en situaciones de trasplante de órganos.

1.3 CONVENIO RELATIVO A LOS DERECHOS HUMANOS Y LA BIOMEDICINA (CONVENIO DE OVIEDO)

En el capítulo dedicado al Consentimiento, se señala que nadie puede, en principio, ser forzado a someterse a una intervención sin su consentimiento, debiendo recibir previamente la información adecuada acerca de la finalidad y naturaleza de la intervención, así como de sus riesgos y consecuencias. Se entiende por “intervención”, todos los actos médicos realizados con fines preventivos, diagnósticos, de tratamiento, rehabilitadores o de investigación.

2. PROTECCIÓN DE LA INTIMIDAD Y CONFIDENCIALIDAD EN EL INFORME PSIQUIATRICO

2.1 Secreto médico y confidencialidad

En el capítulo en el que hablamos de este tema, viene recogido ese deber general. Aquí lo tratamos referido al informe psiquiátrico, que presenta numerosas situaciones conflictivas.

La confidencialidad debe mantenerse, en principio, en toda relación con el paciente, incluida la evaluación para informe psiquiátrico. Para Blanca Morera Pérez, “Los problemas en relación con el ámbito judicial han venido de dos situaciones concretas: en primer lugar, la solicitud por parte de los jueces, de informes ó incluso de la totalidad de la historia clínica, bien porque el paciente se encuentra en seguimiento por ingreso involuntario, bien porque está inmerso en algún tipo de proceso, o porque existe una demanda contra el propio médico; en segundo lugar, la solicitud de que el médico actúe como testigo ó como perito en procedimientos judiciales. Así pues, el problema globalmente considerado tiene que ver con el desconocimiento del profesional sobre los límites de la demanda judicial, la amplitud de los contenidos y el peso que supone el imperativo legal que parece ser una llave que abre cualquier resquicio confidencial. Ya hemos hecho referencia a la diferenciación entre testigo y perito. En cuanto a la obligación de secreto: en el caso del perito la obligación de información afecta a los temas relativos a la prueba pericial y no a la información que se haya obtenido referente a otras cuestiones, donde le obliga al secreto; asimismo es preceptivo, como ya hemos dicho, que el perito informe del carácter no terapéutico sino evaluativo del contacto al sujeto que va a peritar, lo cual permite al sujeto sustraer al peritaje la información que considere oportuna. En el caso del testigo, dado que la información fue obtenida en condiciones de presunta confidencialidad, no estará de más que solicite al juez que le libere expresamente de su obligación de secreto y que testifique exclusivamente en relación con el hecho penal y con una austeridad manifiesta para vulnerar mínimamente los derechos del paciente.

Esta misma austeridad debe presidir la remisión de informes y la respuesta a la solicitud de historia clínica. Conviene que el psiquiatra solicite por escrito, y en base al secreto que ampara su actividad profesional, que el juez clarifique los aspectos que desea conocer de la historia y le solicite las razones de la demanda de información. Ello garantiza que la información remitida al juez sea útil para aquello para lo que se demandó y no se viertan contenidos confidenciales innecesariamente –todo ello manteniendo informado al paciente de estos aspectos, y de consentirlos exclusivamente en el ámbito penal-. Pese a todo el psiquiatra llamado a colaborar con la justicia puede seguir albergando dudas. Wighmore establece los siguientes argumentos que pueden contemplarse para la toma de decisión y que él presenta como “argumentos a favor de la preservación del secreto”:

- 1) La comunicación que se protege se obtuvo en la expectativa de confidencialidad segura.
- 2) La confidencialidad es un requisito imprescindible en el contexto en que se produjo.
- 3) La relación tiene tal valor que, en general, la sociedad busca preservarla.
- 4) el daño que se va a causar por la revelación supera el beneficio del litigio.

Es, por tanto, en las solicitudes judiciales donde el conflicto sobre el secreto profesional se evidencia más marcadamente y donde una equiparación con otros profesionales (abogados) resolvería la mayor parte de los casos problemáticos”.

Como señala Barcia Salorio, “en EEUU existe un importante quebrantamiento de la confidencialidad (basado en encuestas realizadas a psiquiatras forenses). Recientemente se ha propuesto la posibilidad de un sistema de recogida de datos sobre pacientes forenses para remitir a instituciones, manteniendo la confidencialidad individual; ello resulta especialmente importante en un momento en que en EEUU se ha cambiado el estándar de “justicia, necesidad de tratamiento y rehabilitación” por el de necesidad de castigo y penalización”.

2.2 Intimidación psicológica e informes periciales

El Tribunal Constitucional ha considerado que las exploraciones psicológicas no vulneran el legítimo derecho a la intimidad del ciudadano cuando se realizan de forma pertinente, con la finalidad de completar la evaluación de su estado mental.

En el auto 230/1994 del Tribunal Constitucional, se señala lo siguiente: “Ciertamente hay que reconocer que determinados métodos de investigación que privan al sospechoso del control de sus facultades intelectuales y de su conciencia, son incompatibles con la autonomía personal y con la reserva de un espacio psíquico propio de la persona, al que resulta ilícito renunciar. Mas tal prohibición probatoria no puede extenderse a los reconocimientos psicológicos, basados en test de la personalidad, pacíficamente aceptados por la comunidad científica...”

..El fundamento de la investigación trata de verificar la influencia que determinados rasgos de la personalidad de los imputados pueden tener en la determinación de su responsabilidad por el hecho delictivo...”.

2.3 Protección de datos personales

La promulgación de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de protección de datos de carácter personal –que se comenta también en el capítulo de confidencialidad-, es de gran importancia en el momento actual, porque, además de seguir desarrollando el mandato constitucional, adapta al ordenamiento jurídico español lo establecido en diversas Directivas del Parlamento y del Consejo de Europa en lo que respecta al tratamiento de datos personales.

En resumen, en esta Ley Orgánica: el tratamiento de los datos requiere el consentimiento inequívoco del afectado; nadie podrá ser obligado a declarar sobre ideología, religión o creencias; los datos de carácter personal que hagan referencia al origen racial, a la salud y a la vida social sólo podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando, por razones de interés general así lo disponga una ley o el afectado consienta expresamente; estos últimos datos podrán ser objeto de tratamiento, cuando dicho tratamiento resulte necesario para la prevención o para el diagnóstico médicos, la prestación de asistencia sanitaria o tratamientos médicos o la gestión de servicios sanitarios, siempre que dicho tratamiento de datos se realice por un profesional sanitario sujeto al secreto profesional; también podrán ser objeto de tratamiento los datos antes referidos cuando al tratamiento sea necesario para salvaguardar el

interés vital del afectado o de otra persona, en el supuesto de que el afectado esté física o jurídicamente incapacitado para dar su consentimiento; finalmente señalar el deber de secreto que afecta al responsable del fichero y a quienes intervengan en cualquier fase del tratamiento de los datos de carácter personal (artículos 1, 6.1, 7.1, 7.3, 7.6, 8 y 10).

3. CONFLICTOS ETICOS EN EL INFORME PSIQUIATRICO

Aunque se han enunciado anteriormente, los vamos a exponer siguiendo los criterios del principalismo, y diferenciando perito y testigo:

3.1 Conflictos éticos en el caso del perito

Como ya hemos comentado, el perito psiquiatra o psicólogo no establece una relación terapéutica con el sujeto, por tanto, en lo que concierne al principio de No-maleficencia no atiende a conceptos derivados de la indicación terapéutica. Sin embargo, en el amplio sentido del principio “no dañar” se entiende la capacidad del perito de perjudicar al sujeto cuando no desempeña adecuadamente su tarea pericial. Esta tarea tiene dos requisitos básicos que deben cumplirse: 1) imparcialidad, aun siendo pagado por parte, 2) objetividad y respeto a la verdad, lo que obliga al perito a movilizar todas las posibilidades de su ciencia para esclarecer el objeto de su función (“nunca a beneficio de inventario” aunque se vaya de parte) y servir de auxilio a la justicia.

Serán por tanto situaciones conflictivas en relación a este primer principio:

- El desarrollo de esta actividad cuando no se está preparado para ello (falta de conocimiento para resolver lo que se solicita, falta de medios, etc.)
- Impericia o falta de interés en el desarrollo de la tarea sin realizar todos los actos al alcance de la ciencia para cumplir adecuadamente la tarea encomendada.
- Los informes “parciales”, sesgados o claramente inciertos, elaborados para una parte, habitualmente por motivos económicos o afectivos.
- El ir más allá de la actividad pericial estableciendo con el sujeto una relación, bien personal, bien asistencial, impropia del ámbito pericial en que se desarrolla la labor.

En relación con el principio de Justicia, el dictamen psiquiátrico y psicológico debe ser considerado un elemento más en el proceso judicial y por tanto, en el cumplimiento del deber equidad y reparación, encomendado a la administración de justicia en cualquiera de sus ámbitos. El acceso justo y equitativo a la pericia, a un dictamen pericial imparcial y correcto, supone para el perito el cumplimiento de los objetivos anteriormente comentados, independientemente de quién le haya contratado (la propia administración de justicia o una parte).

Este principio encuentra su principal problema o conflicto en la falta de imparcialidad en el dictamen, situación que comparte con el principio anterior. Si el perito, en base a razones de índole afectiva, económica o de otro tipo, sesga su interés y celo profesional, oculta deliberadamente la verdad o miente, o utiliza diferenciadamente los medios a su alcance para aplicar su ciencia a la causa, con perjuicio de unos sobre otros, afecta a la justicia del proceso y por tanto buscando el beneficio particular daña el bien común y la equidad.

Con relación al principio de Beneficencia algunas diferencias deben establecerse para la función pericial. El objetivo de perito no implica en ningún momento el “hacer bien” al sujeto que hay que peritar, sino que sirve a un bien superior que es el bien colectivo de la justicia. El objetivo no es curar, aliviar o cuidar, sino establecer las relaciones entre los aspectos psicológicos o psiquiátricos, y los hechos que son motivos de actividad judicial, sean de la

índole que sean. Es evidente que el sujeto puede salir beneficiado o dañado subjetivamente por el resultado, pero eso no atañe al perito, ni depende directamente de él sino de la autoridad judicial. La obligación de beneficencia del perito se establece con relación a la sociedad y se cumple en el desempeño adecuado y justo de su cometido.

A este nivel, es un conflicto poner el beneficio del sujeto periciado por encima del beneficio de la sociedad encarnada en la administración de justicia, o valorar el beneficio/perjuicio del sujeto como elemento en la pericia, perdiendo la imparcialidad requerida. Será función del Juez, a la vista de la totalidad de los datos aportados, dictar sentencia en justicia y para mejor beneficio global.

Finalmente, con relación al principio de Autonomía, resulta de interés señalar el hecho de que el perito, profesional clínico a menudo, recibe en la pericia, y esto especialmente en la pericia psiquiátrica o psicológica, información altamente sensible sobre el sujeto y su entorno. Como el fin no es asistencial, y el objetivo no es ayudarlo en su enfermedad ni en su situación jurídica, sino auxiliar a la justicia, es preceptivo poner en conocimiento del sujeto este hecho antes de recoger ningún dato. Igualmente es preceptivo recordarle el objetivo de la exploración cuantas veces sea necesario y siempre que exista sospecha de que el sujeto está deslizando información, inconsciente de su posible uso en un ámbito no asistencial. Es importante solicitar su autorización para consultar documentación clínica y, finalmente, hay que extraer del dictamen toda aquella información no relevante para la pericia que el sujeto ha generado y que tiene un carácter íntimo.

Situaciones conflictivas con relación a la autonomía, fundamentalmente por afectar a la privacidad e intimidad del sujeto, son:

- Aprovechar la confusión del sujeto respecto a la función del perito para conseguir información relevante.
- Sustraer información al sujeto sobre el objetivo de la pericia y las características y fines de la misma.
- Incluir en la pericia información íntima no relevante para los fines de la pericia.
- Ignorar la petición del sujeto de no revelar determinados datos o investigar datos de orden clínico no públicos sin su consentimiento.

Cuando el sujeto es incompetente, esto debe quedar claramente expuesto en el dictamen a fin de salvaguardar sus derechos, debiendo en este caso extremar los aspectos de respeto a la privacidad.

3.2 Conflictos éticos en el caso del testigo

Cuando un profesional de la salud mental es llamado como testigo por la administración de justicia, lo es para dar cuenta de hechos que ha conocido en el contexto terapéutico, y por ello, a menudo se le plantean conflictos éticos que suelen formularse como interrogantes: 1) ¿Tengo obligación de declarar? 2) si es así, ¿cuánto estoy obligado a decir? 3) ¿pondrá en riesgo la relación terapéutica y la necesaria confidencialidad si testifico? 4) ¿puedo acogerme al secreto profesional?.

Primeramente hay que aclarar que el profesional llamado a testificar lo es en aras de la mejor actuación de la justicia, y a ésta no le interesan informaciones más o menos particulares o íntimas no relacionadas directamente con la causa.

A pesar de ello, el elemento fundamental comprometido en la prueba testifical es la confidencialidad debida a un sujeto que ha revelado información privada en un contexto terapéutico y, por tanto en la suposición de que la información iba a ser guardada en secreto. Con este presupuesto, sólo los delitos de rango social (orden de lo penal y algunos en lo civil

(con terceros afectados) pueden justificar el valorar la ruptura de la confidencialidad debida, sin autorización del sujeto afectado.

Situados en el ámbito de lo penal, a la primera pregunta antes planteada hay que contestar que “sí”. Todo sujeto está obligado a testificar por mandato constitucional y el propio Código Penal sanciona la negativa a auxiliar a la Justicia, como ya vimos. ¿Cuánto hay que decir?. Lo estrictamente necesario para no comprometer la acción de la justicia, evitando cuidadosamente cualquier información personal no imprescindible para la comprensión del estado del sujeto, bien durante el proceso ó los hechos que se juzgan.

El riesgo para la relación terapéutica habitualmente es mínimo cuando se actúa con corrección, esto es, cuando se explica al paciente lo que se nos solicita y cuando se acuerda con él los límites de aquello que va a ser revelado, y se respeta el acuerdo.

El recurrir el secreto profesional para evitar la declaración es una medida habitualmente más testimonial que útil, resultando más adecuado solicitar en todo caso al juez o tribunal el ser relevados de dicho secreto (si consideramos que la prueba testifical es excesiva o inadecuadamente exhaustiva y pone en riesgo el respeto debido al paciente), y ser “económicos” en las respuestas, dando fe exclusivamente de hecho objetivos comprobables.

En definitiva, los principales conflictos serían:

Respecto al principio de No-maleficencia, el conflicto viene dado por la posibilidad de que la relación terapéutica quede afectada por el testimonio, o que el testimonio no respete adecuadamente los límites de privacidad al revelar información íntima de forma inadecuada. El criterio de austeridad testimonial, evitando interpretaciones y valoraciones subjetivas y la información al paciente sobre nuestras obligaciones y límites, de forma tranquilizadora y negociada, sirve generalmente para resolver ambos conflictos. En algunas ocasiones, incluso, cuando el testigo es llamado a opinar sobre las medidas más adecuadas a tomar con un sujeto, al que conoce bien en el campo terapéutico, probablemente podrá dar cuenta de las opciones más adecuadas en una forma más ajustada que otros especialistas.

En cuanto el principio de Justicia, en principio queda salvaguardado por un testimonio veraz, que ponga en manos de la administración de justicia los datos necesarios para un veredicto ajustado a la realidad. Cabe perfectamente que el testigo profesional se plantee un conflicto entre el sujeto y la sociedad, pero debemos entender este principio en la forma más amplia y menos individualista, y por tanto, no parece afectado por un testimonio real.

En lo que concierne al principio de Beneficencia el testigo puede preguntarse cómo hacer el bien a un paciente si su testimonio le perjudica penal o civilmente (por ejemplo, da cuenta de su plena capacidad). Es evidente que si el profesional tiene conocimiento de hechos objetivos que pueden marcar la decisión judicial (lo cual es excepcional, puesto que en la sentencia se valoran multitud de pruebas y testimonios) y si además es preguntado específicamente y extensamente al respecto, puede encontrarse en conflicto con este principio y el anterior (que le obliga a la veracidad por un bien superior o por el bien de terceros). En principio, el mayor rango del principio de justicia debería prevalecer, aun a costa de perjuicios al sujeto.

Finalmente, el principio de Autonomía obliga a hacer partícipe al paciente de los procesos en los que queda afectado. En este caso, conseguir su autorización (siempre tras informarle de la situación testifical) parece importante, preceptivo, aunque no imprescindible.

3.3 Conflictos éticos en relación al informe

Haremos un breve apunte, pues ya se ha comentado casi todo; en relación con las frecuentes solicitudes de informes clínicos, psiquiátricos y psicológicos, por parte de la autoridad judicial.

Ya hemos comentado, que a menudo las solicitudes son incorrectas; algunas demandan toda la historia clínica, otras no aclaran el uso que va a realizarse del informe, ni cuál es su

objetivo, otras demandan aspectos irrelevantes o excesivamente amplios, etc. Todo ello no es sino el resultado de una burocracia arraigada en la administración de justicia y de una mutua desconfianza entre el mundo clínico y el mundo judicial que todos podemos colaborar a mejorar.

A efectos prácticos un informe no es sino un testimonio escrito y por tanto, valen los comentarios vertidos con anterioridad, y que, en resumen son:

- Existe la obligatoriedad de auxiliar a la administración de justicia, más aún cuando el informe pretende valorar, por ejemplo, la continuidad de un ingreso involuntario (que es una de las razones de solicitud más frecuentes).

- Si en la solicitud (oficio) no se aclaran objetivos o fines, amplitud o especificidades que nos parecen imprescindibles a la hora de realizar el informe, no está de más, dirigirse mediante oficio al juzgado y solicitar aclaraciones o razonamiento de la solicitud para poder auxiliar más adecuadamente. Ello garantizará que la información remitida al juez sea útil para aquellos fines para los que se solicitó y no se viertan innecesariamente contenidos confidenciales.

- Si se nos solicitan aspectos que desconocemos o sobre los sólo caben especulaciones, debemos señalar nuestra incapacidad para responder en estas cuestiones.

- Los informes escritos, como los verbales, deben contener exclusivamente la información requerida, objetivamente y con criterio de austeridad.

- El paciente debe tener información (y autorizar, siempre que sea posible) sobre los informes emitidos y sus fines.

- No deben emitirse informes en ámbitos ajenos a lo penal sin autorización del paciente. En el ámbito civil parece imprescindible hacerlo si se debe justificar un internamiento involuntario, y parece igualmente adecuado cuando se puede aportar información relevante sobre capacidad mental y cuando hay terceros en riesgo (menores), siempre y cuando la información que pueda facilitarse sea veraz y objetiva, más allá de especulaciones, juicios de valor o informaciones referidas por terceros, cuya objetividad no podemos garantizar. Parece imprescindible que testifiquemos sobre aquello de lo que somos testigos, no sobre aquello que conocemos de “oídas” o de ver otros informes. (3, 4, 5).

BIBLIOGRAFIA

1. Gutheil T.G. Etica y psiquiatria forense En: Bloch S, Chodoff P y Green SA (editores). La ética en psiquiatria. 1ª edición española. Madrid. Triacastela 2001: 323-339.

2. Blinder R.L. Liability for the psychiatrist expert witness. Am J Psychiatry 2002; 159:1819-1825.

3. Arechederra Aranzadi J.J Informes Periciales en Psiquiatria. You & Us. Madrid. 2001.

4. Santander F, Morera B, Retolaza A, Hernanz M et al. Actividad ante terceros: peritajes, testimonios e informes. En: Santander F (coordinador) Etica y praxis psiquiátrica. Asociación de Neuropsiquiatria. Estudios /23. Madrid 2000: 201-209.

5. Morera Pérez B. “Secreto médico y práctica psiquiátrica”. En: Calcedo Ordoñez A. Secreto médico y protección de datos sanitarios en la práctica psiquiátrica. Panamericana. Madrid. 2000:121-145.

CAPITULO 7 CONFIDENCIALIDAD EN PSIQUIATRIA: **SECRETO MÉDICO Y PROTECCIÓN DE DATOS SANITARIOS** **EN LA PRACTICA PSIQUIATRICA**

INTRODUCCIÓN

En este capítulo vamos a tratar sobre el secreto médico y la confidencialidad, en general; la dimensión ética, legal y deontológica de la confidencialidad, para, posteriormente poder abordar la confidencialidad en la psiquiatría, y dentro de ella, aspectos generales, las nuevas tecnologías y confidencialidad, las organizaciones asistenciales y confidencialidad y la historia clínica y la confidencialidad, señalando finalmente algunas propuestas de actuación.

SECRETO MEDICO Y CONFIDENCIALIDAD

En los últimos años, ha existido un interés creciente tanto entre profesionales sanitarios, como entre pacientes, por la cuestión del respeto a la confidencialidad de los datos que se manejan en los procesos asistenciales. Tal vez el detonante de este interés sea el creciente desarrollo de los sistemas informáticos (historias clínicas, registros sanitarios, bases de datos, investigaciones...) que hacen levantar fantasías acerca de dónde se procesarán y quién tendrá acceso a esos datos que se introducen en ordenadores que ya empiezan a estar presentes en casi todos los despachos profesionales y servicios sanitarios diversos.

Pero, aunque pareciese una preocupación nueva, el respeto a la confidencialidad, ligado al secreto profesional, siempre ha estado presente en las prácticas profesionales de los sanitarios. Como veremos en el capítulo de Códigos Éticos incluso los más antiguos señalaban el deber de secreto como una de las prescripciones más importantes. Se podría decir que hay un acuerdo universal en que la relación con el paciente está basada en la confianza mutua y que esta confianza jamás debe traicionarse. Este acuerdo ha sido plasmado desde antiguo en los documentos que regulaban la profesión médica; así, en el Juramento Hipocrático (s.V a.C.), paradigma de la ética profesional, se dice “lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viera u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba divulgarse, lo callaré teniéndolo por secreto”. Como veremos más adelante, los códigos deontológicos de las diversas profesiones sanitarias han seguido esta tradición y en todos ellos figura el secreto como un deber ineludible. También veremos cómo las diversas normativas legales han amparado y protegido el derecho a la intimidad, la privacidad y la confidencialidad (Declaración Universal de Derechos Humanos, Constitución Española, la Ley General de Sanidad, Código Penal, Ley de Protección de Datos y recientemente la ley 41/2002; etc.). Si esto es así, si es tan claro el derecho y el deber ¿por qué preguntarse ahora por estos asuntos?. La respuesta estriba en que la realidad clínica es mucho más compleja de lo que leyes y principios pueden llegar a considerar y hay muchas circunstancias y situaciones en que, a pesar de todo lo anterior pueden surgir conflictos cuando se está haciendo uso de información referida a personas.

Entre los conceptos básicos que vamos a manejar, podemos definir los siguientes:

Privado / Privacidad: hace referencia a lo no público, a aquello que puede ser gestionado libremente por la persona, sin interferencia de otros; es el espacio de soberanía del individuo. La privacidad es una conquista de la modernidad e implica un reconocimiento de que existen derechos previos al “contrato social” entre los que está el derecho a la no intromisión de la autoridad pública en los asuntos privados.

Intimo/ Intimidad: tiene que ver con lo más interior, con el conjunto de sentimientos y pensamientos que cada ser humano guarda en su interior. La característica de lo íntimo no está en el objeto sino en la cualidad que la persona le otorga. La intimidad ha sido un concepto cambiante a lo largo de la historia de la humanidad, considerada de forma diferente en las diversas culturas, e incluso dentro de una misma cultura, existe gran variabilidad individual. En última instancia, la intimidad es una necesidad primordial de las personas.

Confidencial/Confidencialidad: confidencial es aquello reservado y secreto, lo que se comparte, se hace o se dice en confianza o con seguridad recíproca de que no será revelado. Tiene su fundamento en la confianza y el respeto mutuo, requisitos imprescindibles para comunicar los propios secretos, por ello es la base del secreto profesional. O, dicho de otro modo, el velo del secreto tutela el mutuo respeto y abre el camino a la confianza, vía de acceso a lo más íntimo del otro. Así como hemos dicho que la intimidad es una necesidad, la confidencialidad es un deber moral general que nace de la obligación de no perjudicar a los demás, del compromiso de lealtad hacia el otro y de mantener la promesa de la palabra dada.

Secreto profesional: es la obligación de guardar los datos y confidencias que el profesional recibe de sus pacientes. Incluye todo aquello que haya sido visto, oído, deducido o intuido en el transcurso de la relación profesional. La evidente lógica de este compromiso de no divulgar, avalada por su larga tradición histórica, hace que se dé por supuesto, sin necesidad de ser explicitado en cada acto clínico. Además se asume que la obligación de guardar el secreto no se extingue con la muerte del paciente. El secreto profesional puede ser entendido de un modo **absoluto** (es decir aplicable a toda situación y sin excepciones) o de un modo **relativo** (admite excepciones, reguladas de antemano, en las que más adelante nos detendremos). Se habla de secreto **compartido** para referirse a aquél que implica a los diferentes profesionales del equipo asistencial que atiende al paciente (médicos, enfermeras, etc.) y de secreto **derivado** que sería el que implica a todo aquellos que –por su trabajo, y aunque no atiendan directamente al paciente- tengan acceso a datos clínicos (administrativos, documentalistas, etc.).

Círculo de confidencialidad: es el formado por el paciente y aquellos profesionales sanitarios que directamente le atienden. Fuera de este estrecho círculo y en un grado de cercanía variable están los familiares, los otros profesionales sanitarios que no intervienen en el caso, la Administración, los seguros, la policía, etc. El acceso a información confidencial por alguno de éstos, pasa necesariamente por la autorización o permiso previo del paciente.

El deber de secreto, antecesor del derecho a la confidencialidad

Desde tiempos remotos se ha aceptado que el ejercicio de la Medicina conllevaba un deber de respeto a la dignidad de los pacientes, pero no siempre se consideró que la salvaguarda de la confidencialidad fuese un derecho de ellos –este es concepto relativamente reciente- sino que más bien era considerado como un deber que el profesional se imponía a sí mismo. Así el deber de sigilo que ya aparece en las concepciones hipocráticas del ejercicio profesional, va ligado a una concepción benéfica-paternalista en la que el médico juzga la

información que debe o no desvelar (incluso al propio paciente), pudiendo callar aquella que desde su punto de vista pudiese provocar algún daño a su salud; esta es la base del llamado privilegio terapéutico o excepción a la información, vigente aún en buena medida en nuestros días.

En el siglo XVIII, con el desarrollo técnico incipiente de la Medicina, aparece la salud pública, el pensamiento liberal y con ello los primeros cambios de orientación en la relación terapéutica, con un estilo algo menos autoritario ó paternalista. El deber de secreto del médico tiene un objetivo: velar por los intereses del paciente, y de la mano de algunos médicos ilustres (Thomas Percival, Rush, Gregory) aparece un paternalismo suavizado, postulando, entre otras cosas, que la información dada al paciente puede actuar como un agente terapéutico, pues observan que un paciente informado se recupera mejor de su enfermedad.

El siglo XIX trae grandes avances en las ciencias biomédicas; las ciencias se difunden; la relación médico-enfermo va perdiendo intimidad, y el secreto médico se va desvirtuando (por intervenir otros agentes: enfermería, familia, sociedad, autoridad civil); por ejemplo en el caso de obligación de declaración de ciertas enfermedades. Aparecen los primeros códigos deontológicos profesionales, en los que se da gran importancia al secreto profesional, e incluso el secreto pasa a ser contemplado en los textos legales, pasando a ser una exigencia legal y social (el Código Penal español de 1822 ya señala la idea del castigo por la revelación del secreto médico).

El siglo XX trae un desarrollo importante de la Medicina, se implantan los sistemas públicos de salud, el trabajo en Medicina es cada vez más “trabajo en equipo”, aparecen “terceros pagadores” (compañías de seguros, etc.), mayor conciencia de los Derechos Humanos, pero también, como ya veremos en otro capítulo, grandes aberraciones en la investigación biomédica (basta recordar la experimentación humana en los campos de concentración nazi, etc.). Es en el siglo XX cuando aparece el concepto de derecho a la intimidad y el derecho a defenderse y denunciar a quienes lo violen. Se pasa del secreto como deber beneficentista del médico a la confidencialidad como derecho del paciente. Todo esto, en las últimas décadas viene reforzado por la enunciación del principio de autonomía y del derecho al consentimiento informado en un proceso de progresivo abandono de posiciones paternalistas derivadas del principio de beneficencia, muestra de una inexorable evolución de los planteamientos éticos de la sociedad actual, donde el principio de autonomía pasa a presidir nuestra ética y actitud ante la vida. (1).

DIMENSION ETICA DEL SECRETO MEDICO

En la confidencialidad, se implican los cuatro principios de la bioética propugnados por Beauchamp y Childress:

1. No cabe una buena praxis clínica sin el respeto a las creencias, valores, informaciones y hechos que el paciente pone en manos del médico, con la única finalidad de que sean empleados para el mejor diagnóstico y tratamiento posibles (No-maleficencia).

2. La vulneración de la confidencialidad debida a los pacientes puede derivar (y así ocurre de hecho) en un “etiquetaje” peyorativo ligado al diagnóstico (piénsese en VIH, en trastornos psiquiátricos, etc.) y a los hechos que puedan concurrir en el mismo. El resultado final en estas circunstancias siempre es de marginación y discriminación para el paciente y su familia (Justicia).

3. La confidencialidad protege la biografía del sujeto, ideas, pensamientos, sentimientos, creencias, etc. que constituyen la esencia de su propia individualidad. La

vulneración de la confidencialidad supone un daño directo a la libertad del sujeto (Autonomía).

4. Finalmente al confidencialidad protege el mejor beneficio del paciente desde su propio proyecto vital, y una revelación no consentida atentaría contra esto (Beneficencia). (2).

Apoyándonos en publicaciones más recientes, (aun siendo de los mismos autores), podemos señalar que el deber de confidencialidad se argumenta, fundamentalmente, desde tres posiciones, complementarias entre sí: 1) respeto a la privacidad y a la autonomía del paciente para decidir sobre todo aquello que tenga que ver con su persona. 2) respeto leal al pacto implícito de secreto que está presente en toda relación asistencial y 3) respeto y mantenimiento de la confianza social en la actitud reservada de los profesionales sanitarios. El respeto a la autonomía de las personas –entendido como la capacidad de gestión de la propia vida- es sin duda la mejor premisa ética de la confidencialidad. En este sentido, juzgar lo que es importante o no para cada persona (en cuanto a proteger o divulgar algo) es algo que corresponde decidir a la persona, pero además, ya desde un punto de vista más consecuencialista, hay que contar con que en toda relación asistencial existe de entrada una confianza en que se va a respetar lealmente el pacto implícito de que la información será empleada solamente para los fines para los que fue recogida; sin esta confianza previa no sólo no se acercarían los pacientes a los servicios sanitarios sino que se dañaría gravemente la imagen social de los profesionales. (1)

DIMENSION NORMATIVA DEONTOLOGICA

Como ya hemos dicho, todos los códigos deontológicos tienen en común el señalar el deber de secreto. En el Código de Ética y Deontología Médica de 1999 (el actualmente vigente) se recoge en cuatro artículos todo lo referente al secreto profesional del médico. En el artículo 16 se señalan las excepciones (que posteriormente comentaremos) a ese deber de secreto. En los artículos 14, 15 y 17, dentro del capítulo IV se señalan esos preceptos deontológicos.

Gonzalo Herranz, en su texto en que comenta el Código Deontológico, señala que la relación médico-enfermo es el encuentro de una confianza con una conciencia. El paciente hace a veces al médico confidencias que no haría a ninguna otra persona y le refiere cosas demasiado íntimas o vergonzosas, que de ser divulgadas, arruinarían su buena fama, su crédito social o su seguridad económica. Si el paciente no estuviera seguro de que sus confidencias estarán siempre protegidas por el secreto profesional, o no acudiría al médico, o le ocultaría informaciones de decisiva importancia para el médico. La práctica de la medicina en equipo, el tratamiento informático de los datos médicos, puede conllevar riesgos de inseguridad física de los datos almacenados y de invasión por parte de extraños. Vivimos además en una sociedad sedienta de información y los medios de comunicación social, que desean informar sobre la salud de los famosos, no reparan en medios para burlar la barrera que protege la intimidad de los enfermos.

Además, se ha podido constatar, que, en los hospitales en EEUU, en concreto, en conversaciones de ascensor, se vulnera la confidencialidad en un 18% de casos; o se escuchan conversaciones inapropiadas (Diario Médico 6 Julio-1995).

Aunque sólo fuera por estas razones hay que reconocer que la deontología del secreto es hoy más importante que nunca.

BIOÉTICA Y PSIQUIATRÍA. LOURDES MENDIBURU.

- Artículo 14.1: “El secreto médico es inherente al ejercicio de la profesión y se establece como un derecho del paciente a salvaguardar su intimidad ante terceros”. Por ejemplo, antes existía la costumbre de informar a la familia antes que al propio paciente; ahora viene claramente regulado que el titular del derecho a la información es el paciente, y si él lo permite, a sus familiares.

- Artículo 14.2: “El secreto profesional obliga a todos los médicos, cualquiera que sea la modalidad de su ejercicio”. Lo mismo se trabaje en la Medicina privada, pública, en un Servicio de Urgencias o en una oficina de inspección, etc., el secreto profesional obliga al médico. Los médicos que han contratado sus servicios con alguna entidad para atender médicamente a quienes dependen de ella (médicos de empresa, de fuerzas armadas, de prisiones, inspectores, etc.) tienen como todos los médicos la obligación de ser independientes, para cuidar en primer lugar de los intereses de sus pacientes. Por ello, deben guardar secreto ante los supervisores jerárquicos de sus enfermos. Cuando hayan de comunicar a esos directores sus conclusiones de orden administrativo (bajas laborables, o de servicio por enfermedad, necesidades especiales de causa médica, etc.) se limitarán a señalar que, a su juicio, el paciente debe disfrutar de baja por tal periodo de tiempo, que es apto para tal actividad laboral, sin revelar el diagnóstico del caso.

- Artículo 14.3: “El médico guardará secreto de todo lo que el paciente le ha confiado y de lo que él haya conocido en el ejercicio de la profesión”.

Se señala aquí el área que queda protegida por el secreto: lo que el médico haya visto, oído (palabras y gestos del paciente) o lo que haya deducido de sus conversaciones con el enfermo, de las visitas a domicilio, de los datos facilitados por familiares o colegas. El médico podrá comentar alguno de estos extremos con sus colaboradores, en un contexto estrictamente profesional, (art. 15.1). Pero no le está permitido comunicar las confidencias del paciente a las personas más íntimas (cónyuge, amigo, colega que no intervenga en la atención al paciente).

La exigencia de este artículo contrasta vivamente con el descuido que manifiestan muchos médicos: conversaciones en ascensores y pasillos, que pueden ser escuchadas por personas ajenas; historias clínicas “abandonadas” o pantallas de ordenador con datos comprometidos, que pueden ser curioseadas por extraños. Se trata, generalmente, de descuidos involuntarios y difíciles de evitar, pero el respeto ético por las personas no permite que se relaje la disciplina que médicos y enfermeras deben imponerse para no dañar a sus pacientes.

- Art. 14.4: “La muerte del paciente no exime al médico del deber de secreto”.

Figura ya este extremo en la Declaración de Ginebra y en el Código de Londres. La persona tiene derecho a la buena reputación y a no ser difamada, no sólo en vida, sino también después de la muerte, y no sólo ante extraños, sino también frente a sí misma.

Se puede plantear la revelación del secreto post-mortem con ocasión de conflictos de derecho hereditario, cuando por ejemplo, se presiona al médico para que declare la incompetencia del testador e invalidar así un testamento. O cuando se quiere conocer la historia médica de grandes personajes. No hay acuerdo sobre la corrección ética de tales revelaciones pues existen imperativos de justicia y de legítima investigación histórica que pueden prevalecer sobre el deber de confidencialidad. Dichas revelaciones, si se hacen, han de realizarse en el respeto debido a todo ser humano.

- Art. 15.1: “El médico tiene el deber de exigir a sus colaboradores discreción y observancia escrupulosa del secreto profesional. Ha de hacerles saber que ellos también están obligados a guardarlo”.

BIOÉTICA Y PSIQUIATRÍA. LOURDES MENDIBURU.

La obligación del secreto se extiende a todas las personas que ayudan al médico en su trabajo: enfermeras, secretarias, auxiliares, estudiantes de Medicina ó Enfermería. Quienes rodean al médico mientras atiende a sus pacientes, están obligados a guardar silencio sobre lo visto, oído o deducido, ya que todos pueden conocer detalles íntimos del paciente. El médico deberá explicarles en qué consisten sus obligaciones y cómo tienen que cumplirlas. El médico no puede permitir que se relaje la disciplina por muy difícil que parezca y por elevado que sea el número de personas que entran en contacto con el enfermo y su documentación clínica. El profesional de la Medicina está obligado a dar buen ejemplo a sus colaboradores. Nunca permitirá, y menos delante de extraños, que se comenten detalles comprometedores acerca de sus enfermos. En los hospitales, sobre todo en los docentes, se debería hablar más de la guarda de la confidencialidad.

- Art. 15.2: “En el ejercicio de la medicina en equipo, cada médico es responsable de la totalidad del secreto. Los directivos de la institución tienen el deber de facilitar los medios necesarios para que esto sea posible”.

En hospitales, clínicas o ambulatorios, que aún no están informatizados, la historia clínica en papel suele estar en un archivo central. Cuando es necesario, el médico solicita al archivo la documentación del paciente que está tratando. Cada médico del equipo es entonces responsable de la totalidad del secreto. De ahí, el especial cuidado con que se ha de preservar la confidencialidad, debido a las complejas condiciones de la Medicina en equipo, tanto en la asistencia como en investigación clínica ó en epidemiología.

Los médicos deberán exigir de quienes dirigen el hospital, que se implanten sistemas físicos y reglas funcionales de seguridad para la custodia, accesos y circulación de las historias, (esto como veremos más adelante está mucho mejor regulado actualmente). Retirar historias del archivo es prerrogativa de personas concretas, y en las condiciones que luego se comentarán.

Es deber de la dirección de los centros sanitarios, establecer una separación muy estricta entre documentación clínica, que se usará solamente por médicos en la asistencia a pacientes, y documentación administrativa que podrá ser creada y analizada por personal no médico. Nunca la historia clínica podrá usarse como instrumento de control contable ó laboral. Saltamos el artículo 16, que trata de las excepciones al secreto médico y pasamos al artículo 17:

- Art. 17.1: “Los sistemas de informatización médica no comprometerán el derecho del paciente a su intimidad”.

- Art. 17.2: “Los sistemas de informatización utilizados en las instituciones sanitarias mantendrán una estricta separación entre la documentación clínica y la documentación administrativa”.

- Art. 17.3: “Los bancos de datos sanitarios extraídos de historias clínicas estarán bajo la responsabilidad de un médico”.

- Art. 17.4: “Los bancos de datos médicos no pueden ser conectados a una red informática no médica.”

- Art. 17.5: “El médico podrá cooperar en estudios de auditoría (epidemiológica, económica, de gestión...) con la condición expresa de que la información en ellos utilizada no permita identificar ni directa ni indirectamente, a ningún paciente en particular”.

Comentamos el artículo 17 en su conjunto, ya que toda ella tiene relación con la informatización de los datos sanitarios. Actualmente, se salvaguarda el derecho del paciente a la confidencialidad de sus datos, ya que está regulado todo el proceso en la Ley Orgánica 15/99 de Protección de Datos de carácter personal, y más recientemente con la ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (que veremos a continuación) y multitud de decretos, o acuerdos, propios de cada Autonomía donde se regulan los ficheros automatizados de datos de carácter personal gestionados por los Servicios de Salud correspondientes. (3).

El personal de enfermería también tiene recogido en su código el deber de secreto, en concreto en los artículos 19, 20 y 21. (Organización Colegial de Enfermería, 1989).

DIMENSION LEGAL O JURIDICO NORMATIVA

Aunque el secreto médico es una institución más antigua que el propio Derecho Romano, no sólo se encuentra protegido por la tradición hipocrática de los profesionales de la Medicina y por las normas deontológicas, que ya hemos comentado, sino por un amplio abanico de diversas y variadas disposiciones que se extienden, en nuestro país, desde el propio texto Constitucional hasta la normativa colegial, y recientemente en la ley 41/2002. A ellas haremos referencia en ausencia de una ley del secreto (cuya necesidad reconoce la propia Constitución) que nos sirva de mejor guía.

El secreto médico se encuadra en la categoría de secreto confiado, siendo una de las modalidades del secreto profesional que también comprende a otros grupos cuyo desempeño exige plena confianza de quienes a ellos recurren (abogados, notarios, psicólogos, periodistas, funcionarios y otros), que tienen el deber de guardar secreto de los conocimientos que les llegan en el ejercicio de su actividad, de no divulgar, lo que requiere que se mantenga oculto y que surge del compromiso expreso o tácito del ejercicio profesional.

En la exposición de las distintas normativas comentaré fundamentalmente las que sean aplicables a la psiquiatría, así como lo referente a la historia clínica y protección de datos; también las excepciones al secreto médico.

Regulación legal

- **Derecho internacional y comunitario.** La última disposición fundamental que entró en vigor en España el 1-Enero-2000 ha sido el Convenio de Oviedo (Convenio del Consejo de Europa) de 4-Abril-1997 sobre los derechos del hombre y la biomedicina. El Convenio recoge los derechos de los pacientes a la información, al consentimiento informado y a la intimidad de la información relativa a la salud de las personas.

- **Constitución Española.** Protege el derecho a la intimidad el artículo 18-1, que garantiza el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen. En el nº4 establece que la ley limitará el uso de la informática para garantizar el honor y la intimidad personal y familiar. El artículo 24-2, párrafo último establece que la ley regulará los casos en que por razón de parentesco o de secreto profesional no se estará obligado a declarar sobre hechos presuntamente delictivos. La protección constitucional es privilegiada, pues se encuentra entre los Derechos Fundamentales y las Libertades Públicas, de la Sección Primera del capítulo 2º de la Constitución, lo que significa que son protegidos por un procedimiento especial basado en los principios de preferencia y sumariedad y además en su caso, a través del recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional.

BIOÉTICA Y PSIQUIATRÍA. LOURDES MENDIBURU.

El secreto profesional cuenta además con una protección penal y administrativa, que veremos más adelante.

- **Disposiciones estatales de rango legal y reglamentario:** la Ley 41/2002 reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (en adelante: la ley 41/2002); establece entre sus principios básicos, en el artículo 2, nº 7: “la persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida”. Esta ley, en el capítulo III, con un solo capítulo (capítulo 7) regula el derecho a la intimidad. En el artículo 7.1: “toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la ley” y en el art. 7.2: “los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a los que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes”.

La Ley General de Sanidad (1986) establece en su artículo 10 que todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias: nº 1, a la personalidad, dignidad e intimidad, y el nº 3, a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.

La Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal de 13-Diciembre-1999 establece en el artículo 7 como datos de carácter especialmente protegidos: en el nº 3, los de carácter personal que hagan referencia al origen racial, a la salud y a la vida sexual, los cuales, según el nº 7, sólo podrán ser objeto de tratamiento cuando resulte necesario para la prevención o el diagnóstico médico, la prestación de asistencia sanitaria o tratamiento médico, o la gestión de servicios sanitarios siempre que dicho tratamiento se realice por un profesional sanitario sujeto al secreto profesional u otra persona sujeta a secreto.

El Real Decreto de 28-Diciembre-1995, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica, establece en uno de sus artículos que quienes tengan acceso a los datos están sometidos al deber de confidencialidad.

El Real Decreto de Receta Médica (1984); la Ley del Medicamento (1990) y el Real Decreto que regula la Evaluación, Autorización, Registro y Condiciones de Dispensación de Especialidades Farmacéuticas (1993) establecen la protección de la intimidad personal en los trámites y el deber de guardar secreto por parte de quien haya intervenido en la tramitación correspondiente.

El Real Decreto de Ensayos Clínicos (1993) establece en uno de sus artículos que todas las partes implicadas en un ensayo clínico guardarán la más estricta confidencialidad, de modo que no se viole la intimidad personal ni familiar de los sujetos participantes en el mismo.

En la legislación laboral, la Ley de Prevención de Riesgos Laborables (1995), establece en el artículo 22 que las medidas de vigilancia y control de Salud de los trabajadores se llevarán a cabo respetando el derecho a la intimidad y la confidencialidad de toda la información. El acceso a la información médica de carácter personal se limitará al personal médico y a las autoridades sanitarias, sin que pueda facilitarse al empresario o a otras personas, sin consentimiento expreso del trabajador.

El Real Decreto de Gestión y Control de la Prestación Económica por Incapacidad Temporal (1997) establece que los datos derivados de las actuaciones médicas sobre actos de comprobación tendrán carácter confidencial, estando sujetos quienes los consulten al deber de secreto profesional.

En la Administración de Justicia, el Real Decreto de 23-Febrero-96 establece en su artículo 47 como deber profesional de los médicos forenses, el de guardar secreto de las actuaciones procesales o de investigación del Ministerio Fiscal en las que intervengan.

La Orden del Ministerio de Justicia e Interior de 6-Junio-1994 suprimió la causa de la muerte como dato que deba constar en las inscripciones de defunción con la finalidad de evitar intromisiones en la intimidad personal y familiar.

En la Administración Penitenciaria, el Real Decreto 190 de 9-Febrero-1996, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario, establece que los datos de la historia clínica individual tendrán carácter confidencial, siendo únicamente accesibles para el personal, teniendo los internos el derecho a ser informados clara y comprensiblemente sobre todo lo referente a su estado de salud.

- **Legislación autonómica:** Diversas disposiciones normativas de las distintas comunidades autónomas se refieren a la protección de la intimidad de los pacientes, regulando expresamente la salvaguarda de la confidencialidad de los datos sanitarios. (País Vasco, Navarra, La Rioja, Castilla-León, Canarias, etc.).

Protección civil, penal y administrativa del secreto médico

- Protección civil

El secreto profesional esta regulado en los artículos 7 y 9 de la ley Orgánica 1, de 5-Mayo-1982 que desarrolla la protección del artículo 18-1 de la Constitución (derecho a la intimidad...).

Según el artículo 7, nº 4 tendrá la consideración de intromisión ilegítima la revelación de datos privados de una persona o familia conocidos a través de la actividad profesional u oficial de quien lo revela.

Según el artículo 9 se establece que la tutela judicial frente a las intromisiones ilegítimas podrá recavarse por las líneas procesales ordinarias, por el procedimiento previsto en el artículo 53-2 de la Constitución (basado en los principios de preferencia y sumariedad) y en su caso por el recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional. La tutela judicial comprenderá entre otras medidas las cautelares, la difusión de la sentencia y la indemnización de los perjuicios, incluidos los daños morales.

- Protección Penal

El artículo 199 del Código Penal de 1995 en su nº 2, castiga al profesional que con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva divulgue los secretos de otra persona con la pena de prisión de uno a cuatro años, multa de 12 a 24 meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años. Este precepto está enmarcado en el título X del Código Penal que regula los delitos contra la intimidad, el derecho a la propia imagen y la inviolabilidad del domicilio, y lo configura en el capítulo 1 del mismo como un delito de descubrimiento y revelación de secretos, siendo una novedad del actual Código Penal, pues el

anterior sólo sancionaba con carácter general la violación del secreto profesional que pudieran cometer los abogados y procuradores.

- Protección administrativa

En el ámbito de la responsabilidad Colegial, los Estatutos Generales de la Organización Médica General (EGOMC) y del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos aprobado por el Real Decreto 1018 de 19-Mayo-1980 establece en su artículo 64, nº 3, como falta disciplinaria grave la infracción del secreto profesional, por culpa o negligencia, con perjuicio para terceros y en su nº 4, como falta muy grave la violación dolosa del secreto profesional. Conforme al artículo 65, la falta grave se sanciona con suspensión del ejercicio profesional por tiempo inferior a un año y la muy grave con la suspensión por tiempo superior a un año e inferior a dos.

En el ámbito de la responsabilidad administrativa, el Estatuto Jurídico del personal médico de la Seguridad Social, aprobada por decreto, de 23-Diciembre-1966 en su artículo 66 considera falta grave el quebranto del sigilo profesional que sanciona con suspensión de empleo y sueldo, dependiendo de las circunstancias del caso. En el ámbito de la protección de datos la ley Orgánica de 13-Dic-99, establece como infracción muy grave la vulneración del deber de guardar secreto sobre los datos de carácter personal, relativos, entre otros, a la salud y a los servicios sanitarios sancionándola con multa de 50 a 100 millones de pesetas.

Historia clínica

La Ley 41/2002 establece el deber de secreto del profesional que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones, disponiendo que el acceso con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, docencia o investigación, se rige por la Ley Orgánica de Protección de Datos y por la General de Sanidad (art. 16.3 de la ley 41/2002). El acceso con estos fines, que quedará limitado estrictamente a los mismos, obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los clínico-asistenciales de manera que como regla general se garantice el anonimato, salvo consentimiento del paciente.

La ley exceptúa los supuestos de investigación judicial en los que se considere imprescindible la unificación y en los que se estará a lo que se disponga por jueces y tribunales (art. 16.3 de la ley 41/2002). La Ley establece también que el derecho de acceso del paciente a la historia clínica no puede ejercerse en perjuicio del derecho a la confidencialidad de los datos de terceras personas recogidos en interés terapéutico del paciente o a la reserva de anotaciones subjetivas de los profesionales (art. 18.1, 18.2 y 18.3)

Finalmente la Ley salvaguarda los derechos del fallecido disponiendo que el acceso a su historia clínica sólo se facilitará a las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho, salvo prohibición expresa del fallecido. En cualquier caso, el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud, se limitará a los datos pertinentes. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido, ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros (art. 18.4 de la ley 41/2002). (4).

Excepciones y límites al secreto profesional

En el Código de Ética y Deontología Médica de 1999, en su artículo 16, expone los casos de excepción al secreto médico:

Art. 16.1: “Con discreción, exclusivamente ante quien tenga que hacerlo, en sus justos y restringidos límites, y si lo estimara necesario solicitando el asesoramiento del Colegio, el médico podrá revelar el secreto en los siguientes casos:

- a) Por imperativo legal.
- b) En las enfermedades de declaración obligatoria.
- c) En las certificaciones de nacimiento y defunción.
- d) Si con su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas; o a un peligro colectivo.
- e) Cuando se vea injustamente perjudicado por causa del mantenimiento del secreto de un paciente, y este permite tal situación.
- f) Cuando comparezca como denunciado ante el Colegio, o sea llamado a testimoniar en materia disciplinaria.
- g) Cuando el paciente lo autorice. Sin embargo esta autorización no debe perjudicar la discreción del médico, que procurará siempre mantener la confianza social hacia su confidencialidad”.

De esto se desprende que el secreto médico, siendo un deber fundamental del médico, no es una obligación absoluta. Siempre se ha reconocido que, por encima del bien del secreto, hay otros bienes superiores ante los que aquél ha de ceder. Se trata siempre de imperativos de fuerza mayor. Pero se destaca que, aun en esos casos el médico será discreto, parco, restrictivo, en sus declaraciones, que realizará sólo ante quien esta titulado para ellas. A continuación se comentan algunos de los casos:

a) La obligación de guardar secreto puede entrar en colisión con el mandato legal de denunciar (art. 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal); el médico puede ser citado a declarar por el juez en calidad de testigo ó de perito, y deberá entonces tener en cuenta los deberes, a veces en conflicto, que se le plantean en su doble condición de médico de su paciente y de colaborador de la justicia.

La deontología afirma que hay áreas de intimidad, que por su propia naturaleza o porque no contribuyen al esclarecimiento de la cuestión judicial, sobre las que el médico no puede ser obligado a declarar. Aun bajo el mandato y protección de la ley que le exonera de su deber de secreto, el médico se guiará siempre en sus revelaciones por la guía de su propia conciencia. Y aunque esté declarando bajo juramento, podrá negarse a responder a ciertas cuestiones si estimara que lo que se le pregunta es irrelevante o lesivo para la reputación de su paciente. Cuando el médico considere que puede, en conciencia, responder a las preguntas, lo hará con el máximo de reserva; esto es, se negará a declarar aquellos extremos que considera que debe callar por respeto a la dignidad personal de su paciente.

Es importante recordar que hay esferas de la intimidad que son inviolables; si el médico no pone especial cautela en lo que declara, podría verse envuelto en un juicio por difamación. Tendrá, por ello, que defenderse de las preguntas capciosas de los abogados que pretenden ganar ventajas por su parte dañando la reputación de ciertas personas.

b) Declaración obligatoria de enfermedades: No suele haber conflictos éticos en la declaración de la inmensa mayoría de esas enfermedades, ni cuando los pacientes acceden a recibir la terapia adecuada: es suficiente en tales casos dar parte a la autoridad sanitaria por medio de una declaración numérica, en un impreso en el que no consten los datos de identificación personal del paciente, o en el que esos datos se indiquen en clave. El problema se plantea cuando por rebeldía del paciente a ser tratado o por circunstancias epidemiológicas especiales (gran virulencia, alta contagiosidad), el riesgo para la salud pública es

extraordinario. Las autoridades sanitarias han de tomar medidas que exigen conocer quienes son los sujetos contagiados. Si el paciente se negara a revelar quién le ha podido transmitir la enfermedad, el médico lo comunicará a la autoridad sanitaria: su deber de guardar secreto cede ante el imperativo superior de proteger la salud pública.

d) La protección de la vida y la seguridad del propio paciente o de otras personas, y la evitación de un peligro colectivo: Esta situación, como veremos, relativamente frecuente en psiquiatría, se da cuando el médico descubre en su ejercicio profesional que el paciente tiene el propósito de lesionar o matar a otras personas o a sí mismo, pues el paciente le revela su intención de mutilarse o suicidarse, de matar a otro, o de cometer un atentado. Tal situación plantea al médico la necesidad de evaluar objetivamente la seriedad de dichas amenazas y de decidir en qué momento y en qué condiciones ha de romper el silencio para impedir que la vida de otras personas sea amenazada. El Código señala que el médico no debe permanecer silencioso y que, dentro de los límites que señala la cabeza del artículo, denunciará la situación. Sobre la denuncia de casos de tortura y tratos vejatorios, malos tratos, existen los artículos 30.1, 30.2 y 30.3 del Código de Ética y Deontología Médica.

e) La defensa personal del médico ante la injusticia causada por el paciente: hoy día, se considera que un enfermo que inflinge una injusticia al médico destruye la confianza que debe presidir la relación médico-enfermo y su pretensión de parapetarse tras la obligación deontológica del secreto, es, en el fondo, un chantaje. El silencio del médico vendría a ser entonces una especie de complicidad contra el mismo y, en virtud del principio de que quien calla, otorga, un consentimiento a la extorsión moral. El médico ha de defenderse, pero su actuación en defensa propia ha de ser una defensa justa: actuará con la máxima discreción, en la sede adecuada, en los límites justos y restringidos. Es una difícil situación, por ello el médico ha de ser comprensivo y circunspecto, ni divulgará entre el público o la justicia detalles peyorativos de su enfermo para desacreditarle como persona. Debe compaginar su defensa con el respeto deontológico que se debe a sí mismo y a su paciente.

f) Secreto médico y disciplina colegial: Cuando el médico ha de declarar, como acusado o como testigo ante la Junta Directiva del Colegio o ante el Juez Instructor de un expediente deontológico, no puede escudarse en el secreto para ocultar información esencial para la resolución del caso. Su declaración es un requisito necesario para la acertada evaluación preliminar de los expedientes disciplinarios y para su sustanciación en firme. Tal cooperación del acusado no es sólo un deber, sino también y, sobre todo, un derecho. En el régimen disciplinario colegial se incluye entre las garantías exigidas por la seguridad jurídica de las personas, la de que nadie puede ser expedientado y juzgado sin ser oído. El colegiado que presuntamente ha quebrantado la disciplina colegial es el primer interesado en que se esclarezcan los hechos y debe por tanto, cooperar en la instrucción de su causa. Los colegiados que hayan sido llamados como testigos responderán a las preguntas que se les dirijan con veracidad y respeto para el colega acusado. Nunca las actuaciones del órgano instructor, constituido por colegiados obligados también a guardar el secreto del sumario, constituyen un atentado contra la confidencialidad, pues, las intimidades reveladas por los pacientes carecen de significación en los expedientes deontológicos. (3).

LA CONFIDENCIALIDAD EN PSIQUIATRÍA

ASPECTOS GENERALES

Una vez comentada la importancia de la confidencialidad en cualquier esfera de la medicina, no se puede dejar de señalar que la actividad psiquiátrica se realiza en unas circunstancias que, están con mas frecuencia en los límites del conflicto entre diversos intereses, y la manera como se resuelven estos conflictos tiene una repercusión profunda que puede llegar a afectar a su propia legitimación social. Esas circunstancias también pueden estar relacionadas con las características de los pacientes, la evolución de la práctica profesional y también con los cambios en determinados valores sociales y culturales. Históricamente hemos pasado de una medicina paternalista a otra donde prima más la autonomía, fruto de ello es el concepto del consentimiento informado (entre otros extremos).

Este principio general se quiebra cuando, por alguna razón, -como ya vimos en el capítulo correspondiente-, el paciente no es considerado “competente” para tomar dichas decisiones (menores, pacientes inconscientes en situaciones de urgencia, trastornos mentales graves, etc.) volviendo en tales casos a tomar prioridad el principio de beneficencia, en defensa del “mejor interés del paciente”, a veces bajo tutela judicial, (caso de los internamientos involuntarios). Todo esto supone no sólo la pérdida de control sobre las decisiones médicas, sino también la necesidad de que la información que justifica tales decisiones se comparta con otros.

La progresiva tecnificación de la medicina, beneficiosa por supuesto, pero que hace que los pacientes se puedan reducir a “casos” sobre los que ejercer unas intervenciones diagnósticas y terapéuticas que no requerirían en sí mayor profundidad en la biografía del sujeto. Esto ocurre en todos los campos de la medicina, pero no cabe plantearse la actividad clínica en psiquiatría sin asumir la “intimidad” del paciente, lo cual supone compartir vivencias personales que sólo pueden darse en una relación de confianza reforzada por la garantía de la confidencialidad. En psiquiatría todas las limitaciones a dicha garantía deben contrapesarse con el efecto que van a tener sobre la relación terapéutica.

Los cambios socio-culturales están produciendo una erosión colectiva de los valores ligados a la intimidad (como ya hemos comentado al hablar de la dimensión deontológica): el debate público sobre aspectos afectivos de los personajes “públicos”. Además, en paralelo a un mayor respeto a los derechos individuales, se aumenta la demanda de mecanismos de control, que, en el caso de los enfermos mentales, y su supuesta “peligrosidad” lleva a exigir la información de posibles conductas de riesgo bajo la supuesta “necesidad de proteger” a terceros.

La relación clínica

Como hemos dicho, la relación médico-paciente ha ido derivando hacia un enfoque autonomista que, aun siendo muy deseable, corre el riesgo de perder la actitud humanista y comprensiva que siempre ha tenido la profesión médica.

Uno de los intentos más completos de perfilar los diversos modos de relación clínica lo expone Emanuel (1992) que señala cuatro modelos:

1. Modelo paternalista: el médico conoce lo que más conviene al paciente y decide por él en su mayor bien, imponiendo desde su autoridad técnica y moral su decisión.
2. Modelo informativo: el médico, como técnico capaz, expone al paciente explicaciones sobre su enfermedad y las posibles alternativas terapéuticas, dejando en manos del paciente la decisión a tomar (se parte de que el paciente es conocedor de sus propios valores y sólo precisa de la información adecuada para decidir).

3. Modelo interpretativo: El profesional, además de conocer e informar, ayuda al paciente a desvelar sus propios valores respecto a la salud, interpretándolos y ayudándole a comprenderlos, de modo que pueda tomar la decisión más adecuada y coherente.

4. Modelo deliberativo: el médico, además de la comprensión del problema de salud, información técnica, interpretación y consejo respecto a los propios valores de la persona, y desde la neutralidad de no imponer sus propios valores al paciente, favorece un proceso de deliberación a fin de confluir en una decisión conjunta y consensuada. Cabe usar la persuasión racional.

Aunque podría haber un modelo ideal general (probablemente el deliberativo), no se puede obviar que las situaciones clínicas son muy variables y que requerirán modos de trabajo adecuados a las circunstancias concretas. Así, en situaciones de urgencia vital o de alto riesgo, el modelo paternalista sería el más indicado. El contexto asistencial modula, en gran parte, el modo de actuación. Así, por ejemplo, no cabe esperar que en condiciones de escasa disponibilidad de tiempo, de alta presión asistencial o de actitudes “hipertecnificadas”, el modo deliberativo pueda prosperar. Esto nos llevaría a plantear que un modo idóneo o ideal de correcta relación clínica no precisa solo de conocimientos y medios técnicos sino también de tiempo, y actitudes de colaboración y debate.

La vulnerabilidad del paciente psíquico

En psiquiatría, por las especiales características de los pacientes atendidos, el modelo paternalista ha persistido vigente durante más tiempo que en otras facetas sanitarias. Entre otros factores, la apertura a modos de trabajo más comunitarios, y a patologías menos incapacitantes, ha despertado la necesidad y el interés por otras maneras de enfocar la relación clínica. El seguimiento del paciente durante periodos más prolongados de tiempo, y la particular interacción que se da en la consulta psiquiátrica, permiten un enfoque deliberativo, y la psiquiatría cuenta con un mayor interés por el desvelamiento y elaboración de los deseos y valores del paciente (debido al influjo del psicoanálisis), ocultos tras la apariencia de lo explícito.

La vulnerabilidad del paciente mental se pone más en evidencia en el campo de las relaciones interpersonales. La entorpecida capacidad de decisión –evidente, en las crisis psicóticas, con disminución de la capacidad de discernimiento y volitiva- hace que en muchas ocasiones, familiares, sanitarios u otros, tiendan a tomar decisiones por el paciente; sin poner en entredicho que esto pueda ser necesario para evitar graves complicaciones, el objetivo terapéutico siempre ha de incluir las medidas que permitan corregir los trastornos subyacentes que provocan la disminución de la capacidad, y devolver al paciente al mayor grado de libertad y autonomía posibles.

Cuando la patología psíquica se manifiesta a través de la conducta social es fácil perder los límites de la confidencialidad implícita en la información clínica. Muchas veces son otros, los que, directa o indirectamente, se pueden ver afectados por la expresión de la patología del paciente (familiares, entorno social, profesionales sanitarios...) y el riesgo de olvidar esos límites aumenta. Estar atentos a esto, siendo extremadamente cuidadosos en el manejo de la información clínica será lo que permita evitar daños a posteriori (estigmatización u otros). De ahí la importancia de detenerse a considerar el factor confidencialidad como uno de los componentes esenciales de toda relación clínica.

La información sensible y los ámbitos de tratamiento

Ya hemos comentado, reiteradamente, que la confidencialidad se basa en la confianza, como pilar fundamental. La confianza, que adquiere una dimensión más específica en la relación terapéutica, donde el médico accede a información que tiene que ver con la vida, los sentimientos, la salud y las elecciones de aquellos a quienes trata el médico, un conjunto de aspectos que se han denominado “el núcleo duro de la intimidad del sujeto”.

Claramente la psiquiatría no puede compararse con otras especialidades. Su ciencia no se dirige a un sistema o a un órgano solamente: su órgano, la psique, le pone en contacto, transversal y longitudinalmente, con vivencias, emociones, juicios, pasiones, fantasías, que conforman tanto lo que un sujeto es como lo que desearía ser.

La exploración psiquiátrica, necesariamente exhaustiva, holista e íntima, nos abre el acceso a la biografía del paciente, a la de sus allegados, a sus proyectos, frustraciones y deseos. En las diferentes entrevistas y en el proceso terapéutico, nada es obvio, y nada es, a priori, irrelevante. El diagnóstico psiquiátrico se construye sobre la historia del sujeto y sobre síntomas, signos y conductas que nos dicen mucho de quien es.

Sería impensable que esta labor pueda realizarse sin ciertas garantías para el sujeto de que cuanto diga quedará entre él y su terapeuta. Y si esto es cierto en un contexto diagnóstico y terapéutico genérico en psiquiatría, lo es más aún en contexto psicoterapéutico, donde el material de trabajo no es necesariamente real y donde el sujeto desnuda el alma, a veces dolorosamente, con el único objeto de conseguir el alivio que promete un mejor conocimiento de sí y una mejor comprensión de sus propios mecanismos conscientes e inconscientes. El paciente, alentado por la actitud de escucha comprensiva del terapeuta, se expresa superando limitaciones y revelando contenidos ignorados por los allegados más cercanos. Quien confía no considera, en el momento de la confidencia, otras obligaciones que la propia comunicación y la necesidad de ayuda y es poco o nada consciente de otras obligaciones legales, organizativas o clínicas, que el terapeuta pueda tener en relación con aquello que escucha.

Vamos a señalar a continuación los diversos conflictos relacionados con la confidencialidad: el paciente es atendido por un equipo interdisciplinar (sobre todo en el ambiente público), con una comunicación entre los miembros del equipo, problema de la custodia de los datos. Todo ello comporta un estigma para el sujeto. La hospitalización y la relación con otros estamentos, sobre todo la justicia, nos obliga a equilibrar el bien del paciente y el bien de terceros, buscando las decisiones que mejor preserven todos ellos.

NUEVAS TECNOLOGÍAS Y CONFIDENCIALIDAD

Las nuevas tecnologías (sistemas de registro informatizado, bases de datos, redes Internet e Intranet...) suponen y están conllevando un gran avance en la gestión de los datos clínicos, asistenciales y de gestión.

Como es bien conocido, el uso de la informática, permite, entre otros posibles ejemplos: acceder rápidamente a datos clínicos en servicios de urgencia, evitar la duplicación de pruebas complementarias, y la mejor coordinación entre servicios y niveles clínicos (atención primaria y especializada, etc.).

Pero este avance tiene puntos débiles, y uno de ellos es el referido a la seguridad de los sistemas y el riesgo (intencionado o por descuido) de atentado a la confidencialidad de la información que se maneja y se transmite. Este aspecto es especialmente delicado en el campo de la asistencia psiquiátrica, por lo “personalísimo” de los datos que se manejan, con un importante peso de los de tipo biográfico y los referidos a la vida psíquica del paciente (ideas, emociones, sentimientos, deseos, etc) – como ya hemos comentado.

Como reseña la ley 41/2002, tanto los profesionales como los centros sanitarios tienen encomendado un deber de custodia que debe garantizar que el acceso y manejo de datos de la

historia clínica se realice exclusivamente con fines autorizados (terapéuticos, investigadores o de gestión) y ello obliga a un estado de alerta permanente.

Aun siendo conscientes de que en este campo la confidencialidad nunca se podrá proteger al 100%, parece oportuno plantear que cualquier sistema de almacenamiento y gestión de la información clínica precisa de modos seguros y fiables de acceso, con sistemas de filtro suficientemente seguros, códigos de acceso fiables, sistemas de registro que dejen constancia de quién y desde dónde se accede a la información, que permitan evitar que nadie que no éste explícitamente autorizado por el paciente tenga acceso a la información clínica referida a su persona y/o padecimiento. En ocasiones habrá que recurrir a la codificación de los datos delicados, e incluso, cuando sea esencial registrar cierta información muy delicada, cabe pensar en la posibilidad de que el clínico opte por archivarla en un registro separado y no incluirla en el historial unificado o informatizado del paciente. De todos modos, el mayor riesgo de uso inadecuado siempre vendrá de las personas que lo manejan (personal asistencial), por lo que sólo la conciencia de los deberes de confidencialidad y secreto compartido y el exquisito cuidado y prudencia en el manejo de información clínica podrán evitar su uso inadecuado.

Es también evidente que en estos tiempos de “sociedad de la información” el paciente es cada vez más un “consumidor informado”. Cualquier persona que sepa “navegar” en internet puede disponer hoy día de ingente cantidad de información sobre cuestiones de salud; cierto que no siempre es información totalmente veraz y contrastada, pero en la medida en que el acceso a la red es mayor, la población puede acceder a datos que les aporten mayor conocimiento (y también dudas) sobre sus propios problemas de salud. El médico, al atender a estas personas “mejor informadas”, no debe mirarlo como “una amenaza” a su autoridad científica, ya que la mejor fuente de información para el paciente es el profesional que le atiende. Es el profesional quien con sus conocimientos y su más neutral y equilibrado criterio tendrá que facilitar la asimilación crítica y adecuada de los datos a los que el paciente haya podido acceder. Ello conlleva, una colaboración mutua paciente-profesional.

Por último comentar que la telemedicina y las consultas “on line”, se han desvelado útiles para atender a personas que residen en lugares muy alejados de un centro sanitario; pero aplicadas al campo psiquiátrico, es difícil imaginar que puedan realizarse correctas evaluaciones psicopatológicas cuando el profesional está privado de información tan valiosa e imprescindible como la derivada de los elementos no verbales de la comunicación y de la dinámica de la interacción directa con el paciente.

De todos modos, en el artículo 22 del Código de Ética y Deontología Médica (1999) se señala que “no son éticas las practicas... y el ejercicio de la medicina mediante consultas exclusivamente por carta, teléfono, radio, prensa o Internet”.

ORGANIZACIONES ASISTENCIALES Y CONFIDENCIALIDAD

En las últimas décadas del s.XX se han producido cambios asistenciales en la atención de pacientes con trastornos psíquicos. Junto a la progresiva transformación de los hospitales psiquiátricos, se fueron creando estructuras ambulatorias (unidades o centros de salud mental), unidades de psiquiatría en los hospitales generales y estructuras intermedias (hospitales y centros de día, servicios de rehabilitación, etc.). Todo ello se ha acompañado de una técnica y de un tratamiento más especializado e integral.

Por otro lado, la complejidad de las necesidades de los pacientes mentales hace más necesaria la relación entre estructuras asistenciales psiquiátricas y estructuras u organizaciones de apoyo social y comunitario (departamentos de servicios sociales,

asociaciones de afectados, organizaciones de voluntariado social, etc.) lo que ha ido conformando eso que se ha dado en llamar el espacio socio-sanitario.

Estos cambios suponen una innegable mejoría, pero al mismo tiempo son fuente de nuevos conflictos, algunos de ellos afectan directamente a la confidencialidad de la información clínica.

En las nuevas organizaciones sanitarias el eje de la relación se ha desplazado de una relación individual (persona tratante – persona tratada) a otra más colectiva (equipo tratante – persona tratada). Se han ido formando equipos multidisciplinares (psiquiatra, psicólogo, enfermera psiquiátrica, asistente social, terapeuta ocupacional...) que intervienen en cada caso concreto en función de las necesidades detectadas. Esta nueva forma de trabajo en equipo no invalida la relación interpersonal como eje de toda terapéutica, sino que la enriquece, haciendo que la atención al paciente pueda ser más comprensiva y completa. En la práctica psiquiátrica, la existencia de estos equipos multidisciplinares también han hecho más complejo el mantenimiento de la confidencialidad y el secreto. La información referida al paciente, sale del escueto marco profesional-paciente para extenderse a todo el equipo, donde todos sus miembros, pueden tener acceso a ella (en reuniones, sesiones clínicas, etc). No sólo se comparte información del paciente dentro del equipo, sino a veces es necesario hacerlo con otros equipos (interconsultas médicas dentro de los Hospitales, o del trabajo conjunto con Atención Primaria o los servicios sociales; o la transmisión de información a nivel de gestión, administrativo, o por control de calidad. Como medida de prudencia se ha de contar con que todos los miembros del equipo terapéutico están sometidos y participan del secreto compartido (que ya hemos definido previamente), con los mismos límites y en la misma medida que el profesional que atiende el caso.

Asimismo, el personal no sanitario que pueda acceder a la información del paciente (administrativos, gestores, personal de control de calidad y otros) están sujetos al secreto derivado (que afecta a la totalidad de la información que manejen por sucinta que sea).

La ruptura de la confidencialidad se produce cuando se transmiten datos e informaciones referidas a un sujeto en tratamiento fuera del ámbito de los profesionales directamente implicados en su tratamiento. Hemos hablado del círculo de confidencialidad, que es el núcleo donde fluye la información sin que se rompa el compromiso contraído con el paciente. En este círculo están el paciente, su terapeuta, el personal de enfermería, los consultores y los supervisores de la actividad clínica. Fuera del círculo, los familiares, la policía, los abogados e incluso los terapeutas previos y los terapeutas extrahospitalarios (cuando el paciente está ingresado), de modo que cualquier contacto o transmisión de información fuera del “círculo” habrá de contar con el previo consentimiento o conformidad del paciente.

Señalan Appelbaum y Gutheil, que es frecuente observar un defecto en todo contexto asistencial: el habitual intercambio de información entre terapeutas una vez que el sujeto ha dejado de ser tratado por uno de ellos. Sugieren que la estrecha relación establecida entre terapeuta y paciente, lleva al primero a interesarse por la evolución clínica del segundo, aun cuando ya ha dejado de existir esa relación; lo que explicaría el informarse de su trayectoria a través de su nuevo terapeuta, sin caer en la cuenta que esto supone una ruptura de la confidencialidad debida. Así, vemos que para que haya una intromisión ilegítima en la intimidad del sujeto atendido no es necesario que se dé una masiva divulgación de datos íntimos o información sensible, basta con que se difunda información a una sola persona fuera del estricto ámbito de las personas implicadas en su atención.

Hemos dicho previamente que se da una interrelación entre la Atención Sanitaria y los Servicios Sociales, que ha de tener como objetivo fundamental el beneficio del paciente y la mejora de la asistencia. Cuando se comparten tareas y objetivos con otros equipos, se ha de ser muy cauteloso en la información a compartir; obviamente no es necesaria la transmisión

de toda la información clínica, lo idóneo en estos casos es, en primer lugar, hacer saber al paciente que se va a transmitir información referida a su persona a tal profesional o servicio, de modo que pueda darnos su aprobación o denegación, y, en segundo, lugar, ser comedido en la cantidad y calidad de la información transmitida. A la hora de compartir información con otros profesionales conviene valorar siempre qué información se puede transmitir por escrito, cuál sólo se ha de transmitir verbalmente, y cual nunca deberá ser compartida en absoluto. En general, es recomendable permitir que el paciente pueda leer la información escrita que sobre él se transmite a otro profesional; su lectura y aprobación permitirá así la salvaguarda de la confidencialidad y de la relación terapéutica. El uso del FAX como modo de transmisión de información clínica entre servicios sanitarios es un recurso de gran utilidad práctica, pero ante el riesgo de que pueda ser leído su contenido por una “tercera persona”, hace aconsejable que todo fax tenga una nota introductoria de portada advirtiendo de la confidencialidad de la información contenida y de la prohibición de su copia o divulgación. Finalmente, no es apropiado hacer comentarios verbales de pacientes fuera del contexto clínico.

El profesional ha de ser, por ello, discreto y prudente, sopesando siempre la utilidad y necesidad de transmitir determinados contenidos personales a otros profesionales. Lo más operativo y respetuoso será quizás seguir el criterio de austeridad y de transmisión de la mínima información necesaria.

En caso de relación con otros servicios sanitarios, la información clínica que se transmite no debe estar centrada en el diagnóstico sino en aquellos aspectos funcionales que se precise desarrollar o mejorar. Esto es aún más claro en caso de relación con servicios sociales u otras estructuras de ámbito no sanitario: la información se ha de centrar en el trabajo o prestación que se vaya a desarrollar con el paciente (habilidades conservadas, habilidades a promover).

Ante la posible negativa del paciente a la propuesta de compartir información con otros profesionales, el profesional referente debe defender y argumentar la importancia práctica de ello, por las ventajas que puede reportar al propio paciente y al sistema asistencial.

En el ámbito hospitalario, un punto crítico de manejo de información es el del “etiquetaje psiquiátrico”. El paciente que sufre (o que se sospecha) un trastorno psíquico corre cierto riesgo de ser discriminado en función de este factor. Con frecuencia, otros servicios sanitarios (urgencias, quirúrgicos, médicos, etc) tienden a ver al paciente psiquiátrico como un paciente “especial” o “extraño”, con el riesgo de que se le pudiera atender de modo deficiente o con menos respeto que a otros pacientes. El modo más adecuado de cambiar esta actividad es la formación y capacitación en el conocimiento y manejo de la patología psíquica al menos en un nivel básico. Por ello, los profesionales de la psiquiatría deben colaborar en la “sensibilización” de sus colegas sanitarios para poder neutralizar actitudes que atenten a la confidencialidad, como las que puedan derivar en discriminaciones, trato injusto o mala praxis.

En resumen, se proponen áreas de mejora en este campo:

Conviene profundizar y extender la formación específica en los fundamentos de la ética asistencial (más en concreto en aspectos de la confidencialidad y secreto) entre el personal que forma parte de los equipos terapéuticos (hasta ahora esta formación es generalmente deficitaria e inconcreta).

Recordar que el paciente tiene derecho a conocer qué personas van a acceder a la información confidencial sobre su persona, con consentimiento previo antes de la transmisión de información.

Debatir con el paciente sobre los límites concretos en los que autoriza la transmisión de información confidencial (quién va a incluir en el círculo de confidencialidad, qué tipo de información y con qué amplitud se va a transmitir en cada caso).

HISTORIA CLÍNICA Y CONFIDENCIALIDAD

Importancia

La historia clínica (HC) es el documento médico por excelencia.

Se constituye con elementos variados: datos demográficos, información generada por el sujeto, información generada por terceros, pautas terapéuticas, juicios diagnósticos y pronósticos, anotaciones de los profesionales (evolutivos y valoraciones), pruebas complementarias de todo tipo, y datos de gestión y organización. El principal objetivo de la HC es facilitar la asistencia sanitaria del sujeto, conjuntando el conocimiento que, sobre su estado de salud, es posible tener en cada momento, poniéndolo a disposición de los profesionales implicados en su asistencia sanitaria. Con esta finalidad el sujeto pone en manos de los profesionales, una gran cantidad de “datos sensibles” pertenecientes a lo que hemos llamado ya “núcleo duro de la intimidad”, que deben ser guardados, preservados y utilizados de forma confidencial. Ello justifica la importancia de considerar a la HC como posible fuente de conflictos en esta área.

El desarrollo tecnológico ha condicionado que la clásica HC en carpeta y soporte papel vaya quedando en desuso, extendiéndose los soportes informáticos, todavía en coexistencia con el soporte papel. Prima, en el manejo de la información, la rápida disponibilidad de los datos. Ello motiva que se hayan multiplicado las amenazas al carácter confidencial de la información contenida en la HC, al diversificarse los soportes, las interfases de intercambio de datos, los métodos de custodia y acceso, y, sobre todo, al incrementarse notablemente el número de profesionales implicados tanto en la elaboración como en el manejo de los datos contenidos en la misma.

La HC psiquiátrica, además de lo ya comentado, plantea algunas cuestiones específicas, que tienen que ver con dos hechos: los contenidos de la historia y las fuentes de información.

Como ya hemos dicho, la historia psiquiátrica implica una recogida de datos que suele abarcar toda la existencia del sujeto, inquiriendo sobre aspectos tan íntimos como el desarrollo sexual, evolución afectiva, relaciones interpersonales, vivencias, motivaciones, sentimientos, emociones, etc. La historia psiquiátrica recoge, a menudo, una biografía personal íntima. Por otra parte, el psiquiatra obtiene datos relevantes de terceros (que aportan otra percepción de los problemas del sujeto, que informan sobre antecedentes, que aportan datos de “otros” que pueden ser relevantes para valorar aspectos genéticos o de entorno de desarrollo, etc). En tercer lugar, la historia psiquiátrica recoge datos obtenidos por el profesional en la observación del paciente. Finalmente, en esa historia, se vierten (como en ninguna otra), junto con los datos obtenidos, las valoraciones, apreciaciones, juicios, sospechas, reflexiones del terapeuta, que reflejan un “pensar en voz alta”, con lo que se va formando una imagen clara de lo que acontece en el psiquismo del sujeto.

Si a ello se añade el carácter estigmatizante –potencialmente discriminatorio- de la enfermedad mental y la complejidad de la “jerga” psiquiátrica con términos que pueden sonar peyorativos en un ámbito no profesional, se ve clara la necesidad imperativa de la confidencialidad, y se hace evidente lo grave de su ruptura.

Vamos a revisar las situaciones más conflictivas relacionadas con la confidencialidad, que se producen generalmente a nivel del acceso a la historia clínica:

Acceso a la historia clínica

Como ya hemos visto en el apartado general de confidencialidad, y lo establecido en la ley 41/2002, vamos a aplicar a la psiquiatría los diversos accesos posibles.

- **Acceso por razones asistenciales**

Dentro de este acceso, veremos el acceso del paciente, el acceso de familiares y allegados, y el acceso de profesionales.

• **Acceso del paciente**

Como señala el artículo 18 de la ley 41/2002, “el paciente tiene el derecho de acceso, con las reservas señaladas en el apartado 3 de este artículo, a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella”.

Es obvio que el sujeto debe poder acceder a los datos que él mismo ha generado, con el fin de que el sujeto gestione su propia salud, tomando las decisiones más acordes con sus valores. Como señala el apartado 3 del artículo 18 de la mencionada ley, “el derecho... a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella, recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden aportar al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas”.

Aunque no está recogido en la ley del paciente, una perspectiva ética nos remite a la consecuencia de que el acceso del paciente puede estar limitado, por su propio daño.

Cuando existe la certeza de que el sujeto va a ser dañado por el conocimiento de una determinada información, tenemos ahí una limitación del acceso: bien por el propio paciente, o por el profesional (“necesidad terapéutica”), cuando tiene la certeza de que el conocimiento de determinados datos puede ser nocivo para quien recibe la asistencia (por ejemplo, un sujeto diagnosticado de Trastorno Delirante, con precariedad en la relación terapéutica y seguimiento psicofarmacológico y psicoterapéutico que lleva consigo, en el cual el conocimiento de su “etiqueta diagnóstica” podría acarrear la pérdida definitiva del contacto asistencial; lo cual resultaría finalmente maleficiente).

No obstante esta situación debe considerarse excepcional, esto es, el sujeto debe ser informado por norma y debe razonarse la no-información. La negativa al acceso debe restringirse a aquellos aspectos de la información clínica que pueden resultar maleficientes y debe establecerse un “representante” del sujeto que pueda recibir esta información en su lugar, (lo cual viene recogido en el artículo 18.2: “el derecho de acceso del paciente a la HC puede ejercerse también por representación debidamente acreditada”).

En cuanto a la lesión del derecho de terceros, ya hemos comentado que otros familiares o allegados pueden contribuir a la elaboración de la HC, con datos que, en ocasiones, no pertenecen al círculo de intimidad del paciente, sino a la intimidad de quien informa o de otros. Por ello, con arreglo al artículo 18.3, si el paciente pide copia de la historia podrá negársele lo referido a esa tercera persona.

Referente a la lesión de los derechos de los profesionales, éticamente parece correcto reservarse las anotaciones subjetivas: valoraciones, elaboraciones personales, no basadas en pruebas o hechos objetivos; y como señala la ley 18.3 específicamente, se le puede negar al paciente el acceso a las anotaciones subjetivas realizadas por los profesionales.

• **Acceso de familiares / allegados**

Como ya vimos en el consentimiento informado, el titular de la información es el paciente, por ello los derechos de información de familiares o allegados nunca pueden pasar por encima del deseo del paciente, que deberá autorizar dicho acceso (artículos 4 y 5 de la ley 41/2002).

En caso de incapacidad de hecho o de derecho, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho (art. 5.3).

Quien facilita la historia clínica debe valorar dos hechos: las razones para solicitar el acceso, puesto que caben casos en que la situación de incapacidad del sujeto pueda ser aprovechada por familiares en conflicto (por ejemplo separaciones matrimoniales), para acceder a información que se utilice posteriormente en litigios por custodia, con evidente perjuicio para el sujeto. Debe valorarse si la historia contiene datos de tal grado de intimidad que no procede sean conocidos por terceros, y que son irrelevantes con fines asistenciales (por ejemplo si un menor habla de su vida sexual con su terapeuta sin que ello deba ser conocido por sus padres).

En el primer caso comentado (sospecha de fines no asistenciales) es exigible someter a la consideración de la autoridad judicial la autorización de acceso, expresando nuestras dudas, en beneficio del paciente. Resulta por ello aconsejable que todo acceso a la historia clínica sea precedido por una solicitud escrita e identificada.

En el caso de pacientes fallecidos, tienen acceso a su HC: las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho salvo que el fallecido lo hubiera prohibido expresamente y así se acredite, y nunca se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido o que perjudique a terceros (art. 18.3).

- **Acceso de profesionales sanitarios**

Debe facilitarse el acceso a la HC a todos aquellos profesionales que intervienen en los procesos diagnóstico y terapéutico; todos están obligados a la confidencialidad, como ya hemos visto, y obligados, a consultar exclusivamente los datos que requieran para su labor profesional. Para ello se necesita establecer roles, esclarecer los ámbitos de información relativos a los diferentes profesionales y la adecuada organización de la información que permita consultas parciales a la HC.

No cabe, por tanto, el seguimiento casual de pacientes que ya no se atienden en la actualidad, no cabe consultas a la HC por razones de conocimiento familiar, público o intereses particulares ajenos al proceso terapéutico o el acceso a datos que nada tienen que ver con nuestra labor profesional propia.

Podríamos decir que las historias “unificadas”, donde “todo entra en el mismo saco” se prestan más a la ruptura de la confidencialidad. Podemos preguntarnos: ¿tiene la misma relevancia para la intimidad del sujeto una fractura de fémur que una serología VIH positiva, o el padecimiento de una psicosis?.

No cabe duda que datos relevantes en contexto psiquiátrico, (por ejemplo, problemas de pareja) no tengan utilidad, e incluso puedan considerarse indiscretos en otros contextos sanitarios.

Esto es un difícil problema; cabe la posibilidad de considerar historia unificada los informes de alta que contengan información diagnóstica y terapéutica esencial y mantener los datos valorativos e informaciones altamente sensibles en archivos separados y con acceso restringido. Sobre estos problemas deben reflexionar conjuntamente profesionales, gestores y usuarios.

- Acceso con fines no asistenciales

Dentro de ellos podemos distinguir:

- **Acceso con fines de inspección sanitaria.**

Como ya hemos visto previamente, este acceso está regulado en la ley 15/99 de protección de datos de carácter personal (a esta ley se nos remite en el art. 16.3 de la ley

41/2002) así como en la ley de prevención de riesgos laborales (1995), lo mismo que el Real Decreto de Incapacidad Temporal (1997) donde se establece la confidencialidad de quien accede a esos datos, y no puede facilitarse información al empresario o a otras personas, sin consentimiento expreso del trabajador.

- **Acceso con fines estadísticos, científicos y de control de calidad.**

Se debe garantizar la separación entre datos de identificación (que permitan filiar al sujeto) de los datos tratados.

Los datos así obtenidos están sometidos al secreto derivado. El sujeto deberá ser informado si sus datos pueden formar parte de proyectos de docencia o investigación (art. 16.3).

- **Acceso en contexto jurídico.**

El contexto judicial puede requerir el acceso a la HC en dos situaciones genéricas: cuando se produce una demanda contra la institución o el profesional con relación a la asistencia sanitaria prestada; o cuando se sospecha que la HC contiene elementos relevantes para otro tipo de proceso jurídico. La pregunta es: ¿se debe proceder incondicionalmente a la entrega?

La normativa obliga a prestar colaboración a los Jueces y Tribunales; obligación que puede colisionar con la obligación de secreto. Hemos hablado ya de este tema desde el punto de vista deontológico. Hemos de valorar: la naturaleza jurídica de la petición (ámbito penal, civil, laboral, etc.) y el objetivo de la petición. Ponderar si la petición puede incluirse en el apartado de “imperativo legal”. Establecer la proporción y límites de la información revelable (si se refiere a la petición a “todo” o sólo a una parte de la HC). Buscar el consentimiento del paciente o en su defecto solicitar al juez el levantamiento del secreto profesional. (en ámbitos penales, el bien común prevalece sobre el derecho individual) en ámbitos no penales es especialmente relevante el consentimiento del paciente.(5).

CONCLUSIONES

El modo más prudente de actuar respecto a la confidencialidad de los datos clínicos sería regirse por los principios de:

1. Transparencia: informar al paciente de qué se anota, quién podrá acceder a ello y bajo qué condiciones.
2. Responsabilidad: ser cuidadosos y responsables en el manejo de la información clínica.
3. Parquedad: recabar y anotar sólo la información estrictamente necesaria; cuando haya que informar a terceros de los procesos clínicos de los que somos responsables, tener en cuenta que se ha de informar de lo mínimo e imprescindible y sólo cuando haya necesidad u obligación de hacerlo.
4. Universalidad: las medidas de seguridad, de protección de los datos sanitarios se han de aplicar siempre en todos los lugares y para todos y sin discriminación. (1).

BIBLIOGRAFÍA

1. Santander F. El respeto a la confidencialidad en el contexto sanitario. Revista Norte de Salud Mental. 2003; 16:15-19.
2. Santander F, Morera B, Retolaza A, Hernanz M y col. Confidencialidad. En: Santander F (coord.) Ética y praxis psiquiátrica. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid 2000:42-54
3. Herranz G. Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica. Eunsa. Pamplona 1992: 77-95.
4. Alvarez de Mon M. El secreto médico y la confidencialidad. Rev Clin Esp 2003; 203 (Extr 2):21-28.
5. Cañas F, Santander F, Morera B. Confidencialidad en Psiquiatría. En: Confidencialidad en la práctica psiquiátrica Guía breve. (A.S.E.D.E.F.) Madrid 2002: 33-63.

CAPITULO 8 CODIGOS DE ETICA EN PSIQUIATRIA. LOS DERECHOS HUMANOS DEL ENFERMO MENTAL

CODIGOS DE ETICA EN PSIQUIATRIA

Siguiendo a Sidney Bloch y Russell Partgiter, en su capítulo del libro “La ética en psiquiatría”, revisaré este tema, comparando los diferentes códigos de ética y revisando sus cuatro objetivos fundamentales: la promoción de la conciencia moral, la protección del “gremio médico”, la formación de los profesionales y la regulación de la profesión.

Contexto histórico

Llama la atención el por qué tuvieron que pasar siglos desde el Juramento Hipocrático (considerado habitualmente como el primer código de ética médica) hasta la creación de un código específico para psiquiatras. Podría deberse a que los códigos previos, de carácter genérico, eran adecuados para la psiquiatría; bien a que no estaban suficientemente claros para el bioeticista los rasgos propios específicos de la práctica psiquiátrica; o bien, por hablar más crudamente, es que quizá se consideraba al enfermo mental un ser tan desviado que merecía una custodia pero no una dimensión ética. Hay que decir que sólo como consecuencia de la profesionalización de la psiquiatría pudieron identificarse unas preocupaciones éticas particulares (como ya vimos en el cap. 1). Por poner un ejemplo: la American Psychiatric Association (APA) no se fundó hasta 1844, y el antecedente del British College of Psychiatrists hasta 1853.

El comienzo de la historia de los códigos éticos en Medicina es el Juramento Hipocrático. Escrito hacia el año 400 a.C., el Juramento comprende una serie de votos de naturaleza religiosa; el médico debe considerarse a sí mismo miembro de una noble hermandad, lo que le impone la doble obligación de honrar a sus maestros como si fueran padres, y enseñar y educar a las siguientes generaciones de médicos. La segunda mitad del Juramento aborda problemas éticos: impone el respeto a la confidencialidad, la prohibición del abuso sexual sobre los enfermos y la renuncia a la realización de actos médicos que sobrepasen el conocimiento ó la experiencia del médico. Su rasgo más sobresaliente sea quizá el paternalismo: “del daño y la injusticia le preservaré (al paciente)”. Pero, pese a su contexto pagano y su forma arcaica, el Juramento aporta al médico, una filosofía de la vida en su actividad profesional, y una serie de reglas de conducta médica. De hecho, ha resistido el paso del tiempo, como lo prueba su uso en la ceremonia de graduación de algunas Facultades de Medicina. En contraste con el impacto del Juramento Hipocrático, otros códigos médicos de la Antigüedad no son más que meras curiosidades. Podemos destacar un juramento hindú: el Caraka Samhita, texto escrito por un médico hindú en el I siglo d.C, donde el futuro médico jura tratar a sus pacientes con respeto y no aprovecharse de ellos; también se aborda la obligación de mantenerse al día, la confidencialidad ó los abusos sexuales. En la cultura hebrea, el libro de Asaf Harofe (siglo VI) es el más antiguo conocido; también lo debían jurar los estudiantes de medicina en su graduación. También prohíbe los abusos sexuales e impone la confidencialidad. En el siglo X existió un texto sobre ética médica de un persa llamado Ali bn al'Abbas; como en el Juramento Hipocrático, hay que venerar al maestro y proteger las necesidades de la siguiente generación médica. Plantea obligaciones específicas en relación con la confidencialidad, los abusos sexuales y la formación continuada.

Hay un gran silencio hasta 1617, cuando el médico chino Chen Shin-Kung incluyó en su manual de cirugía, cinco mandatos éticos, con el respeto a la dignidad de los pacientes como denominador común. En 1770, un médico persa, Mohamed Hosin Aghili, enumera 23 deberes en su declaración ética, precedentes de las obligaciones éticas actuales; por ejemplo: el médico debe consultar a un colega si no está suficientemente preparado para tratar un caso; si un tratamiento es ineficaz, buscará alternativas, y ha de compartir sus conocimientos con los demás colegas y con la población general.

Pero la contribución más notable a la codificación de la ética médica la realizó Thomas Percival, cuyo código, publicado en 1803 es un manual de ética y etiqueta médica. Su historia es la siguiente: en 1791, Percival, famoso médico y moralista y devoto cristiano, recibió el encargo de redactar un código de conducta para resolver un agrio enfrentamiento que tenía lugar en el Manchester Infirmary respecto a quién debía ser en último término, el responsable del paciente. Escribió un documento, que serían los 4 primeros capítulos de su manual. Esta parte, por tratar de una conducta en el marco de un hospital, tiene más de código de práctica que de código de ética. Esta parte está asimismo impregnada de principios judeo-cristianos; varios de sus preceptos tienen una dimensión religiosa; (el 6º se refiere a la influencia de la religión y la moral en la curación del enfermo, por lo que ambas deben promoverse en el medio hospitalario). Al tratar de las mujeres con sífilis, condena “las pasiones sin moderación y el abandono al vicio”, pero se apresura a tener actitudes benevolentes como el perdón “que propicia la reforma y la virtud”. También insta a sus colegas a que asuman una actitud sensible que tenga en cuenta tanto los sentimientos como los síntomas de los pacientes. Una buena parte del libro, lo dedica a lo que debe ser una práctica médica correcta, planteando cuestiones como la necesidad de auditorías y el control de calidad: usar sólo fármacos de máxima calidad, evitar el hacinamiento, crear un registro de datos que sirviera para el avance de la Medicina, supervisar la efectividad de los nuevos tratamientos. Como es lógico, varios preceptos se refieren a relaciones entre profesionales: reconocer y aceptar cada uno su área de trabajo, consultar entre sí los casos complejos, no poner en tela de juicio la buena fama de los colegas. Es curioso que apenas dedica atención a la confidencialidad (quizá por el motivo que originó la redacción de su código). Se ve que las obligaciones para con el paciente quedan en un segundo plano, y es excesivamente paternalista.

Para Edmund Pellegrino, en la obra de Percival subyace una ética válida para las relaciones interprofesionales y para el comportamiento propio de un profesional. Esta ética y esta llamada a la virtud personal, es lo que nos enseña y aporta desde su posición de médico del siglo XVIII.

Percival: un puente hacia el siglo XX

Fue clave la fundación de la American Medical Association (AMA) en 1847, que, el mismo día de su fundación, adoptó el código de Percival. Su finalidad era corregir el caos en que estaba sumida la medicina americana; la AMA afrontó la tarea de desenmascarar a los pseudomédicos, de modo que la profesión estuviera representada tan sólo por médicos adecuadamente formados. Por ello, un objetivo del código, era dar una buena imagen de la Medicina para inspirar confianza a la sociedad. La versión actual se condensa en siete principios: aborda la dignidad del paciente, la confidencialidad, la formación continuada, la educación de la población y la contribución de la Medicina a la mejora de las condiciones de vida de la comunidad.

Transcurrió un siglo hasta otro momento clave, el de los procesos médicos de Nuremberg (1948). En la sentencia se incluyó una innovadora declaración sobre los principios que han de regir la investigación en seres humanos, que se centró en el consentimiento informado, y en la idea de que los experimentos sólo puedan llevarse a cabo si se prevé que se

alcanzarán unos resultados que la justifiquen. La mera existencia de la declaración, junto a la divulgación de los horrendos crímenes médicos acaecidos en la 2ª Guerra Mundial, preparó el terreno para la creación de la World Medical Association (WMA), creada para potenciar la dimensión ética de la práctica clínica y de la investigación biomédica. La primera tarea de la WMA fue la elaboración de un código ético, la declaración de Ginebra (Apéndice) presentada en 1948. El documento es una versión actualizada del Juramento Hipocrático, en la que se acentúan el respeto a los maestros, a los colegas, y la no discriminación de los pacientes por razón de religión, raza, nación, o circunstancias sociopolíticas. Estos documentos abrieron el camino para que muchas asociaciones médicas nacionales elaboraran sus propios códigos. Así la extinta Unión Soviética elaboró un código en 1971; la Asociación Médica Australiana en 1964.

Códigos específicos para los psiquiatras

Hasta 1973 no se elaboró el primer código específico para la psiquiatría, el de la APA. Tres años antes, la APA había solicitado a su comité de Etica que elaborara un código adaptado a los psiquiatras. Sin embargo, para la AMA, los psiquiatras, en tanto que médicos, debían regirse por los principios éticos de esta segunda asociación, que la APA podía complementar sin sustraerse a ellos. La AMA había establecido un precedente incorporando a su código una serie de comentarios que incluían ejemplos de transgresiones éticas en casos clínicos.

De igual manera, la Canadian Psychiatric Association se basó en el código de Etica de la Canadian Medical Association para elaborar su propio código, añadiendo comentarios, a la manera de la APA.

Finalmente, la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA) celebró en 1976 el primer congreso sobre aspectos éticos de la psiquiatría, en Londres. Clarece Blomquist, profesor de Etica Médica en el Instituto Karolinska, abordó la necesidad de un propio código ético. Su aportación preparó el terreno para el código introducido un año más tarde en el Congreso Mundial de la WPA en Honolulu (v. Apéndice).

La Declaración de Hawai recoge las pautas consideradas como los requisitos éticos mínimos en psiquiatría. Basada en una ética del deber, insta al psiquiatra a servir a los mejores intereses del paciente, ofrecer el mejor tratamiento disponible, obtener consentimiento informado antes de efectuar un procedimiento ó un tratamiento, y aplicar la experiencia y los conocimientos profesionales sólo con propósitos diagnósticos y terapéuticos legítimos. También exige el respeto a la confidencialidad y la obtención de consentimiento informado para incluir al paciente en actividades docentes.

También señala una serie de circunstancias que el psiquiatra deberá tener en cuenta: la enfermedad mental puede convertir al paciente en incompetente para prestar consentimiento informado; la psiquiatría puede ser utilizada perversamente por los poderes políticos ó de otro tipo; en psiquiatría pueden existir relaciones no terapéuticas, como es el caso de los peritajes. A pesar de ser una iniciativa loable, la Declaración de Hawai, sigue siendo relativamente inaccesible para los psiquiatras, porque el código no se ha incorporado a los estatutos de los organismos psiquiátricos nacionales, por lo que es a veces difícil de obtener incluso para los psiquiatras más interesados en ella.

Posibles objetivos de los códigos de Etica en Psiquiatría

Se pueden distinguir cuatro propósitos principales:

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 de la dimensión ética de su trabajo.
4. Servir de herramienta en la educación profesional.

Los códigos diseñados para proteger y favorecer el bienestar de la profesión suelen basarse en la organización de los gremios. Subyace el paternalismo: el médico sabe más. Un buen ejemplo es y el código de Percival, en el que se asimilan “superioridad” y autoridad. También el Juramento Hipocrático es de este tipo. En general, un código de este tipo puede entenderse de dos modos totalmente opuestos: en beneficio propio, ó como medio para unir a un grupo de profesionales en una fuerza cohesionada. Lo importante es el interés del propio médico, y cualquier referencia a los pacientes es accesoria. En este modelo, los pacientes están infantilizados y se les reconoce una escasa capacidad de responsabilizarse de su bienestar. Se les priva de voz en la toma de decisiones médicas, que el autor de un código inspirado en los gremios considera una obligación propia del profesional. La posición contraria, presente en casi todos los códigos previos a Nuremberg, refleja que la profesión médica se considera a sí misma la personificación de una noble tradición de compromiso y dedicación. El profesional necesita una “estrecha solidaridad” y comparte una “determinada filosofía de la vida”. (por ejemplo en el Juramento Hipocrático se hace un pacto con la propia profesión).

El segundo objetivo consiste en participar en los procesos de autorregulación de la profesión. El profesional aprecia la autonomía en todas las facetas de su actividad, es decir, el poder de ejercer su actividad profesional según su criterio, aunque dentro de las convenciones aceptadas en la práctica clínica: se valoran las innovaciones clínicas siempre que no sean tan peculiares que puedan constituir una forma incorrecta de asistencia. También se valora mucho la investigación. Estas libertades, sin embargo, están sometidas a restricciones desde dentro de la profesión. La solidaridad apela a la fidelidad a sus normas y a un compromiso de respeto mutuo. Los miembros que se comporten de forma desviada rompen la cohesión del grupo, siendo necesario restringir sus actuaciones para que no dañen a sus colegas.

Está claro que este tipo de comentarios traduce un juicio de valor en la línea de las críticas que consideran que la profesión médica es predominantemente egoísta. Efectivamente, los códigos impiden que la profesión se vea expuesta a sanciones de autoridades externas (digamos legislativos, Administración, tribunales).

Una visión positiva sostiene que la autorregulación ejercida por los códigos es más beneficiosa para el paciente que para el grupo corporativo: el código resume los deberes fundamentales para un adecuado ejercicio clínico. Un documento de este tipo, basado no en una ética de la virtud, sino en una ética del deber, proporciona normas a la profesión, sin llegar a ser excesivamente prescriptivo ó restrictivo. La aplicación de un código con función reguladora de la profesión puede mejorar el nivel asistencial, ya que exige al médico algo más que el mero cumplimiento de las normas legales.

Como sugiere Pellegrino, los criterios para juzgar una conducta profesional se extienden en un continuum desde laxos a estrictos. El código puede variar desde una ética mínima (única limitación: las normas legales), a otro tipo de código con un nivel más elevado de compromiso moral (criterio intermedio). Los criterios más estrictos rebasan este nivel intermedio, ya que exigen que se cumpla un código ético basado en la virtud: así, la beneficencia complementa al deber, incluso hasta el punto de un coste personal y el altruismo sustituye al egoísmo. La consecuencia de todas estas posibilidades de autorregulación es un código que consigue el equilibrio entre deber y virtud, lo cual no es fácil, ya que un código basado en la virtud aspira a que se cumplan ciertas cualidades, como la compasión, la honestidad y la benevolencia, todas ellas difíciles de definir y caracterizar.

Un tercer objetivo de un código lo constituye el promover la sensibilidad moral. Para Clouser, un elemento básico en todos los códigos es la combinación de su papel sensibilizador y su función de estructuración (aclaración de los problemas éticos que surgen en la práctica). Se utiliza la expresión “sensibilidad moral” deliberadamente; con ella se alude a un estado de receptividad en el que los médicos captan impresiones de carácter ético gracias a una especial disposición a detectar los dilemas morales inherentes a su tarea, dilemas que desarrollan necesariamente la “conciencia clínico- ética” aunque su impacto varía entre mínimo y profundo en función de diversos factores personales y situacionales.

Los códigos pueden aumentar el nivel de sensibilidad moral, al menos, a través de dos mecanismos: a) su mera existencia influye sobre el profesional de forma inespecífica al actuar como un auténtico estímulo en cualquier situación clínica incómoda o de incertidumbre que implique una dimensión ética. b) ciertos aspectos del contenido de los códigos tienen una mayor resonancia en la praxis psiquiátrica, que ha de afrontar problemas críticos como el ingreso involuntario, la prevención del suicidio, los roles ambiguos (como sucede en psiquiatría forense) ó el consentimiento informado en pacientes incompetentes. Para Thompson, es fundamental la experiencia activa y la implicación de los profesionales (tanto de los que están en formación como los ya formados) en la dimensión ética de su ejercicio profesional.

La intención final (la cuarta) de un código como herramienta educativa para la ética de la psiquiatría es contribuir a la comprensión del razonamiento moral, la toma moral de decisiones y la actuación moral. Aunque, en general, los códigos evitan cualquier dimensión didáctica, el estudio de sus principios permite apreciar que incluso los problemas morales complejos pueden someterse a un análisis crítico y sistemático. Así, los estudiantes pueden aprender a tomar decisiones morales mediante argumentaciones racionales, fundamentando sus premisas y sus puntos de vista.

Los códigos con comentarios detallados, como los de la APA y el del Colegio de Australia y Nueva Zelanda de psiquiatras, pueden ser especialmente útiles en el proceso de formación, ya que demuestran que incluso los principios más elevados tienen excepciones, por lo que pueden aplicarse de manera diferente, o de forma inadecuada, por ejemplo cuando dos principios entran en conflicto.

El psiquiatra puede decidir si un código es útil, valorando si los principios y comentarios del mismo contribuyen a resolver los problemas surgidos en la práctica clínica. Los códigos, no obstante, sólo ejercerán su función formativa y de sensibilización si el grupo corporativo les concede un lugar fundamental en su filosofía de la vida, ya sea de manera implícita ó dando importancia al estudio de la ética durante la especialización o en la posterior formación continuada.

Las formas de los códigos

Las diversas formas de los códigos se pueden reducir a convenios (los juramentos son, en esencia, convenios), códigos de práctica, códigos de conducta y códigos de ética.

El ejemplo mejor conocido de un convenio es el Juramento Hipocrático, reformulado en estilo moderno en la Declaración de Ginebra. Los códigos también pueden ser declarativos: por ejemplo, las declaraciones de la WMA: la de Ginebra sobre la práctica de la medicina (1948); la de Helsinki sobre investigación clínica (1964), la de Oslo sobre el aborto terapéutico (1970), la de Sidney sobre la determinación de la muerte (1968) y la de Tokio sobre la tortura (1975).

Su forma viene determinada por su propósito implícito: orientado hacia la virtud (en general en los convenios y juramentos), reactivo y disuasorio (por ejemplo la declaración del juicio de Nuremberg) o centrado en el deber, como en los códigos sobre procedimientos y

regulaciones. La mayor parte establecen principios o permiten deducirlos; el núcleo del código lo constituyen los principios relacionados con la atención al paciente y la integridad profesional. Además, cubren en muy diverso grado los deberes hacia la sociedad, los procedimientos disciplinarios y cada vez más, y de manera más específica, la protección de los pacientes.

A partir de este planteamiento podemos distinguir dos enfoques para codificar las conductas profesionales: los que podemos llamar auténticos códigos de ética, y los códigos de conducta o de práctica (los utilizaremos como sinónimos a partir de ahora). Así, los códigos de ética, que incluyen entre otros, los convenios, juramentos, declaraciones y relaciones de principios, están arraigados en dogmas de filosofía moral.

Cualquiera que sea el equilibrio entre la virtud y el deber, en el núcleo de dichos códigos hay siempre preceptos morales. En el caso del deber, las obligaciones, las responsabilidades tienen un fundamento ético.

Consideremos el respeto a la confidencialidad. Deriva del principio del respeto a la privacidad; el médico guarda los secretos del paciente, porque está obligado a proteger su derecho a no sufrir intromisiones en su mundo. En términos deontológicos, el respeto a la privacidad está unido íntimamente al respeto a la autonomía, y ambos se consideran exigencias morales fundamentales.

Incluso los códigos de tipo prescriptivo, en los que subyace una visión pragmática, siguen teniendo como fuente la exigencia moral original. Así, respecto a la confidencialidad, puede haber en el código excepciones, pero los comentarios que las desarrollan no restan valor al sistema moral del que surgen.

Estos rasgos no aparecen en los códigos de práctica (ó de conducta). Aunque los objetivos de las dos formas de código sean similares: fomentar la buena conducta profesional; sus premisas son diferentes. En el código de práctica, los principios morales “per se” no son fundamentales para su elaboración ó cumplimiento, aunque puedan estar implícitos. Mas bien el código de práctica asume una eminente función pragmática y consta de una serie de reglas, regulaciones ó pautas “diseñadas para controlar la conducta, los resultados y procedimientos en un área concreta de actividades”.

En el campo de la salud mental, por ejemplo, se pueden ofrecer al profesional normas específicas sobre cómo debería ejercer su tarea. La frontera entre las normas clínicas (propias de un programa de garantía de calidad), las reglas, las regulaciones y los criterios de excelencia clínica, es borrosa. Otro factor a tener en cuenta es el rango legal del código. Unas veces el grupo profesional se dotará voluntariamente de un código de práctica adaptado a sus exigencias para establecer y mantener sus modelos; en otras ocasiones el código vendrá impuesto por un organismo externo (a través de medios legales o casi legales). (Por ejemplo el caso británico que tiene un código de práctica en aplicación de la “Mental Health Act” de 1983).

En otros casos, los organismos profesionales pueden adoptar espontáneamente un código de práctica para establecer los criterios que deberán cumplir sus miembros, pudiendo ampliar su objetivo asociando al código un procedimiento disciplinario interno.

Así, el comité de Criterios Éticos y Profesionales de la Australian Psychological Society es competente para entender sobre las denuncias que se presentan contra sus miembros por parte de consumidores, colegas ó miembros de otro colegio profesional. Las denuncias “implican” al código, es decir, el denunciante especifica la disposición o disposiciones que “han sido o están siendo violadas”. Los principios de este código, son muy detallados y tiene carácter prescriptivo, por ejemplo el psicólogo dispone de nueve normas firmes sobre procedimientos de valoración de sus clientes, quince sobre la relación asistencial, once sobre investigación, y así sucesivamente.

Como hemos visto, los códigos son muy variados, y abarcan desde afirmaciones genéricas y elementales hasta documentos de rango casi legal. (1)

En nuestro país, no existe un código específico de psiquiatría, pero sí podemos hacer algún comentario al Código de Ética y Deontología Médica, que afecta a todos los profesionales médicos, siguiendo los comentarios del Dr. Gonzalo Herranz.

Nuestro Código de Ética y Deontología Médica (CEDM) pertenece, junto con los de Alemania, Bélgica, Francia, Italia, Luxemburgo, Portugal y Suiza, al tipo propio de la Europa continental. A pesar de su título, tiene más de código de deontología que de código de ética, pues no es una presentación de principios de filosofía moral que ayuden a analizar problemas y a tomar decisiones, sino que es un elenco orgánico de normas de carácter formal y positivo, de apariencia casi jurídica, pero intrínsecamente médicas. Eso es lo propio del estilo deontológico, que aspira a formular la sustancia moral en un lenguaje híbrido de técnica, ética y derecho.

Un código deontológico, para este autor también, es expresión, la más cualificada, de la autonomía y autorregulación profesionales: sus artículos son el resultado del proceso interno de seleccionar, debatir, someter a prueba y finalmente, fijar en un texto las buenas prácticas: un proceso lento y recurrente que procura basarse en la rectitud, la responsabilidad, y la deliberación democrática. Aunque el proceso de redacción tiene lugar en el interior de la profesión, el CEDM no flota en el vacío social. Tiene legitimidad social porque es la respuesta que la profesión da al mandato de la comunidad a la que sirve. La sociedad exige de los médicos un compromiso serio ante el hecho (no por cotidiano, menos asombroso) de poner la gente, sus vidas, sus cuerpos, y su bienestar en manos de los médicos. Estos, en cuanto miembros de la profesión, asumen, por medio del CEDM, un serio compromiso de competencia técnica y calidad moral y ofrecen a la sociedad los deberes a que se obligan para dar satisfacción a las justas aspiraciones de los pacientes. Ese compromiso se contrae públicamente y es operativo desde el momento en que se promulga el código.

Tampoco flota el CEDM en el vacío jurídico. No es como otros códigos (Francia, Luxemburgo) parte del ordenamiento legislativo del país y elemento de la jurisdicción civil. No le falta al nuestro un apoyo legal sólido, suficiente para obligar a los colegiados a cumplir sus preceptos bajo pena de sanciones bien definidas y protegerles de injerencias impropias. En efecto, detrás del CEDM, respaldando su fuerza vinculante y prestándole vigor jurídico, están, por un lado, los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial (OMC), (Real Decreto 1018/1980), la ley genuinamente médica que aunque en proceso de reforma, siguen vigentes. Y está la ley de Colegios Profesionales de 1974, que, aunque remozada en 1978 y modificada en 1997, sigue crónicamente pendiente de la profunda innovación exigida por el mandato expresado en el artículo 36 de la Constitución Española. A falta de esa nueva Ley de Colegios Profesionales, consuela ver que no escasea la jurisprudencia de Tribunal Constitucional, increíblemente protectora de la gestión deontológica.

No es fácil resumir lo que esa legislación establece. Se puede, sin embargo, destacar un dato esencial: esas leyes consagran el principio de autorregulación ética de las profesiones. En concreto, determinan que sean los colegios quienes se ocupen democráticamente de regular lo que se refiere a la conducta técnica, al respeto de los valores éticos, a la protección de los derechos de los pacientes y al ejercicio de la función disciplinaria. Esa es la tradición jurídica dominante en Europa, que ha garantizado una conexión eficaz y satisfactoria entre libertad, responsabilidad y eficacia, y que ha permitido, además, mantener las actividades profesionales lejos de las injerencias de la política, del control de los grupos de poder y de las amenazas del juicio penal. Supuestos los requisitos de buen funcionamiento, operatividad, y actualización de las instituciones colegiales, la regulación deontológica se ha mostrado capaz de desarrollar las virtudes tradicionales que forman parte del “ethos” de las profesiones y de crear un clima de confianza de los ciudadanos en ellas, a través de los requisitos éticos de

probidad y rectitud que se exigen a los colegiados. Ese ambiente de calidad ética solo es posible en una sociedad madura, la cual exige de los profesionales el abandono de posiciones de ignorancia, displicencia o crítica destructiva, para adoptar una postura de sensibilidad y lucidez hacia los problemas y las tradiciones de la deontológica profesional. De esa postura forma parte esencial la crítica ponderada, y racional y el impulso innovador y la actitud típicamente médica de poner remedio a lo que se ha debilitado. (2).

En conclusión, y con los autores Bloch y Partiger, así como Lichtenberg, reivindicamos los códigos de ética, que deben dejar de ser algo así como un apéndice de la profesión, especialmente en el caso de la psiquiatría. Fullinwider 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. 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. (1).

DERECHOS HUMANOS Y ENFERMEDAD MENTAL

Introducción

Dentro de los derechos de la persona, el derecho a la salud es uno de los últimos que se han proclamado en las constituciones de la mayor parte de los países del mundo. La Declaración Universal de los Derechos Humanos concreta las experiencias éticas básicas y los valores fundamentales para una existencia digna y en su articulado recoge al derecho a que se le asegure a la persona asistencia médica. La adhesión a esta declaración ha sido lenta y progresiva por parte de la mayoría de países, aunque la existencia de normas internacionales por sí solas no garantiza su aplicación sino que se precisa que sean normativizadas en cada país. La modificación del patrón relacional paciente-sanitarios ha dado lugar a la progresiva introducción del respeto a la autonomía del sujeto y con ella, a la capacidad del paciente para tomar decisiones en lo relativo a su salud ó diagnostico y tratamiento cuando enferma. Como consecuencia de este cambio han ido apareciendo en diversos países las “cartas de derechos y deberes de los enfermos”. Los derechos que suelen citarse se pueden resumir en: derecho a una asistencia integral, derecho a la información, derecho al consentimiento informado y derecho a la confidencialidad; hay otros derechos que varían de unas cartas a otras.

Se recogen también deberes: cumplir las prescripciones, cuidar las instalaciones y firmar el alta voluntaria. (3).

Siguiendo al psiquiatra J.J.Arechederra Aranzadi, voy a realizar una reflexión sobre el reconocimiento y aplicación de los derechos humanos a los enfermos mentales: por un lado, porque el paciente mental es un grupo humano especialmente vulnerable en su autonomía personal, que ha sufrido a lo largo de la historia situaciones de marginación y estigmatización por parte de la sociedad; por otro lado, porque los profesionales de la salud mental, para cumplir adecuadamente con las exigencias éticas y legales de su tarea, deben conocer el estado actual de la protección jurídica que tiene estos enfermos en nuestro país.

Como hemos comentado, en 1948, la Declaración Universal de Derechos Humanos elevó a un plano internacional los principios que velan por la salvaguarda y expansión de la personalidad del ser humano. Dos años después, en 1950, el Consejo de Europa aprobó el Convenio para la protección de los derechos humanos y de las libertades fundamentales. Son los documentos iniciales, el punto de partida. En las décadas posteriores, se han sucedido normativas y disposiciones que desarrollan y concretan esos principios. Más cerca de la actualidad, la declaración de Madrid de 1996, el Convenio Europeo de 1997 son referentes

básicos; más recientemente la ley 41/2002, (ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica).

En nuestro país, la Constitución de 1978 estableció las normas de convivencia propias de una sociedad plural y democrática con pleno reconocimiento de las libertades individuales. Las reformas legislativas posteriores han ido adecuando el marco legal en sus diferentes ámbitos, al mandato constitucional, como veremos más adelante.

Realizaré un análisis de la naturaleza de esas libertades fundamentales y de su relación con la enfermedad mental. Los reconocimientos como derechos humanos tienen su origen en la dignidad intrínseca de la persona. El derecho debe tener necesariamente su soporte, su fundamento, en la ética. Si no es así, el sistema legal carece de la legitimidad indispensable. Con frecuencia, la enfermedad mental ha sido causa y excusa para la discriminación social de los individuos afectados, hasta tal punto que se ha tipificado la locura como la dialéctica de la exclusión. Afortunadamente, hoy se defiende la autonomía del enfermo y su plena inclusión social.

I. Derechos humanos y enfermedad mental

1. los derechos humanos

Se denominan también “derechos fundamentales, derechos individuales, libertades públicas”. Son derechos del individuo, naturales e innatos, que deben ser reconocidos y protegidos por el Estado.

La idea de que existen derechos del hombre anteriores al Estado tiene sus raíces en la filosofía helénica de los estoicos y primeros cristianos. En la Edad Media, los primeros textos de reconocimiento de derechos se desarrollan en el marco de la organización feudal. Bajo la forma de la defensa de la autodeterminación religiosa resurge la teoría en la rebelión protestante (derecho de resistencia). La revolución puritana contra los Estuardo llevaría a la formulación legal de las libertades individuales. La teoría política de la Ilustración sentó los fundamentos doctrinales del reconocimiento de los derechos individuales, con la racionalización de las ideas de derecho natural y contrato social. Locke defendió la propiedad como derecho fundamental, Rousseau la libertad, y Montesquieu integró la libertad en el proceso del poder político como objetivo a preservar mediante la separación de poderes. El reconocimiento positivo se produce con los documentos de la revolución americana (Declaración de Independencia, 1776) y en la Declaración francesa de derechos del hombre y del ciudadano (1789).

Sí, históricamente, la defensa de los derechos individuales se inicia con la reivindicación de la libertad religiosa, el catálogo clásico de aquéllos gira en torno a la defensa del derecho de propiedad y de la libertad política. Más adelante, sin embargo, se incorporarán los llamados derechos económicos y sociales, encaminados a exigir al Estado que se hagan realidad. Estos derechos serán incorporados a todas las constituciones tras 1945. Una etapa posterior a la de la constitucionalización de los derechos del hombre es la internacionalización de los textos que los reconocen, cuyo máximo exponente, tras algunos precedentes, lo constituye la Declaración Universal de Derechos Humanos.

La proclamación de los derechos humanos ha de verse completada, para ser efectiva, con la garantía de las mismas, para lo cual se establecen instrumentos judiciales o especiales. En este sentido, destaca, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos creado por la Convención Europea para la protección de los derechos humanos y de las libertades fundamentales.

La Constitución Española, que dedica su título I (artículos 50 a 55) a los derechos y deberes fundamentales, establece que el desarrollo de los derechos fundamentales y de las libertades públicas deberá hacerse mediante Ley Orgánica. La Constitución declara que la dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el respeto a la ley, y a los derechos de los demás, son fundamento del orden político y de la paz social.

Estos derechos humanos del hombre se incardinan en el más alto escalón de la jerarquía normativa. Dice Truyol que afirmar estos derechos, equivale a afirmar que existen derechos fundamentales que el hombre posee por el hecho de ser hombre, por su propia naturaleza, y dignidad: por tanto han de ser garantizados y consagrados por la sociedad política.

Los derechos y libertades conceptuados como humanos, según Elías Díaz, serían los siguientes: derecho a la vida y a la integridad física; respeto a la dignidad moral de la persona; derecho a la libertad de pensamiento y de expresión; derecho a una veraz información; derecho a la libertad religiosa y de creencias; derecho a la libertad de reunión y asociación; derecho a la libertad de circulación y residencia e inviolabilidad del domicilio; derechos económicos y sociales (al trabajo, seguridad social, huelga); derechos políticos tendentes al estado de derecho (intervención efectiva en funciones de gobierno, elecciones libres, etc); derecho efectivo a una participación igualitaria en los rendimientos de la propiedad; derecho a la igualdad ante la ley; derecho a la seguridad y garantía en la administración de justicia, concebida como independiente de toda instancia política.

Todos estos derechos están recogidos en la Constitución Española de 1978. Pero el auténtico problema de nuestro tiempo respecto a los derechos humanos no es el de fundamentarlos, sino el de protegerlos, lo cual se puede buscar: a) en el cuadro de las instituciones nacionales protectoras de derechos humanos, en nuestra Constitución está previsto el procedimiento ante los tribunales ordinarios basado en el principio de preferencia y sumariedad; en el recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional; en el procedimiento “habeas corpus” y las quejas ante el Defensor del Pueblo. b) en la jurisdicción internacional (actualmente, el poder acudir a la Comisión y Tribunal de los Derechos Humanos, de Estrasburgo).

Los derechos humanos son la base de la existencia humana y de la coexistencia. Son universales, indivisibles e interdependientes. Los derechos humanos nos hacen humanos. Son los principios a partir de los cuales creamos el santuario de la dignidad humana. La tolerancia, promovida, protegida y consagrada, garantizará todas las libertades, y sin ella no cabe libertad alguna. La fuerza de los derechos humanos está en su universalidad que les permite cruzar cualquier frontera, desafiar a cualquier fuerza. La lucha por los derechos humanos universales ha sido siempre, y en todas parte, la lucha contra toda forma de tiranía, injusticia, colonialismo, esclavitud ó apartheid. Hoy la lucha sigue teniendo importancia. A nosotros mismos corresponde dar vida a los derechos humanos.

2. La dignidad personal como fundamento de los derechos humanos

La dignidad humana no está expresamente contenida en todas las constituciones europeas. La alemana, griega, española y portuguesa se refieren a ella explícitamente, pero también se puede decir que los otros sistemas contienen implícitamente esta garantía, porque están basados en la idea antes mencionada de la libertad humana. La dignidad humana es la razón de la libertad humana y, por lo tanto, la garantía de dicha libertad; si no está explícitamente afirmado en los resultados de la constitución bien desde disposiciones específicas, por ejemplo, la prohibición de la tortura y el tratamiento inhumano, está implícitamente en el conjunto de derechos humanos como expresión de la libertad del hombre. La dignidad humana es el valor más importante en toda constitución.

A partir de ahora seguimos lo expuesto por el filósofo Jacinto Choza y col: en su trabajo “El descubrimiento de la dignidad humana”.

Cuando nos preguntamos dónde radica la dignidad del ser humano, nos podemos preguntar: ¿qué es el “Yo” más propiamente, lo que hace cuando expresa su originalidad ó lo que hace cuando se porta bien?, ¿Cuál es el valor en el que aparece la verdadera realidad del “Yo”? Kant estableció el estatuto del sí mismo como igual para todos los seres humanos, y de un valor absoluto. Kant con todos sus defectos, le dio una formulación filosófica técnicamente irreprochable, formulación que adquirió vigencia social a través de las constituciones políticas de los Estados Unidos y la Revolución Francesa, y a través de las declaraciones de derechos humanos en sus diversas formulaciones hasta el momento actual.

La buena voluntad y la libertad correspondiente son la garantía y clave de la dignidad personal. Todo lo que el hombre valora, lo valora poniéndole un precio, algo que se puede dar a cambio, pero aquello que no puede valorar con un precio, porque es la persona misma para la cual valen las cosas y los cambios, aquellos sin lo cual nada puede valer nada, uno mismo, tiene un precio ó un valor infinito, y a ese valor tan alto es a lo que llamamos dignidad.

¿Qué es lo que hace a la persona tan valiosa, tan digna?, No el que sea buena, sino el que lo pueda ser: lo que la hace tan valiosa es que sea libre. La dignidad del hombre no estriba en que sea bueno como profesional, cónyuge, cabeza de familia ó vecino, sino el que lo pueda ser. Por eso, aunque de hecho sea malo no pierde su valor, su dignidad, y por eso hay unas garantías legales del delincuente, del enfermo y del impedido.

Para la persona creyente; el valor y dignidad del hombre tiene un sentido sagrado y religioso: Dios ha creado al hombre a su imagen y semejanza, es decir, capaz de ser bueno. La dignidad del hombre deriva de ser imagen de Dios. Por ello la vida es el valor de mayor cotización entre los intersubjetivamente aceptados y empíricamente reconocibles, es el máximo aval de los restantes valores, y es el valor mediante el cual los demás valores se han ganado el derecho de ciudadanía, y, por tanto, la protección y tutela del derecho.

El reconocimiento de la dignidad tiene que ver con el reconocimiento de la posibilidad de ser “sí mismo”. Es el reconocimiento de algo que no ha llegado a efectuarse, pero que era posible. Una sociedad en la que eso se reconoce y se comprende, y en la que, eventualmente hay oferta de ayuda para esa frustración y para cualquier otra en la que lo humano podía haberse realizado pero no fue así, es una sociedad en la que tiene vigencia y reconocimiento la dignidad de la persona. Pero, pasando a lo más concreto: ¿quiénes reconocen y tutelan qué posibilidades frustradas ó frustables, y cómo ayudan a que se realicen? La aportación más valiosa de la modernidad se puede expresar con esta fórmula: lo universal en el hombre, en todos los hombres de todos los tiempos (lo esencial) es la diferencia entre lo dado de hecho (en su organismo y su contexto social, en la “naturaleza” humana) y lo que él se puede proponer como valioso y realizable. La gestión más pertinente en orden a la viabilidad efectiva de esa aportación ha sido la declaración universal de derechos humanos.

A la hora de reflexionar sobre la dignidad y tutela del incapacitado, podemos pensar que esa tutela quizá sea precisamente el único modo o cuando menos, el más clamoroso en que la dignidad de la persona humana puede afirmarse como un valor compartido por una sociedad: cuando lo único valioso que se puede afirmar es la “desnuda” persona porque hay certeza de que esa persona, en esas condiciones (de incapacidad física o psíquica) no podrá realizar por sí misma nada valioso. Y realmente ahí es donde se expresa el modo en que de hecho cada sociedad valora en concreto, la dignidad de la persona que se proclama en abstracto. Esa valoración en concreto depende en particular de los recursos económicos, de su modo de jerarquizar las expresiones, de la valoración y de su capacidad de gestionar sus propuestas. Depende de que la dignidad de la persona se considere más expresada en la educación de los niños, atención de ancianos, cuidado de los enfermos, decencia de la vivienda, seguridad en el trabajo, etc.

3. De la dialéctica de la exclusión a la autonomía del enfermo mental

La locura como dialéctica de la exclusión. Así se expresa Zarifian, refiriéndose a que la sociedad entera, a fuerza de miedo, oscurantismo, egoísmo, intolerancia, ha ido obturando poco a poco toda apertura del enfermo mental hacia el exterior, toda posibilidad de reversibilidad condenando a la locura a repetirse, indefinidamente, víctima de su etiqueta. El enfermo mental ofrece a su entorno un nuevo código de comunicación en el que el sistema de referencia es diferente de lo que a cada uno nos permite permanecer en comunicación con los demás. En el juego de la locura como dialéctica de la exclusión, el enfermo siempre sale perdiendo. Lo que se le ofrece con el nombre de cuidados, es un retorno al sistema de comunicación anterior, el compartido por la gran mayoría. Tal vez sea en sí, un sistema laudable, pero los medios aplicados para alcanzarlo resultan a veces discutibles. El derecho a la diferencia y a la originalidad goza de escasa consideración en nuestra sociedad, tan normativa. Por ello es por lo que hay que excluir la locura. Cuidar la locura respetando al individuo, sí es posible, pero dista mucho de ser la regla general.

Como hemos visto en el capítulo 1, en la actualidad nos encontramos con una creciente preocupación por la reflexión ética y por la aplicación concreta de sus principios en el ejercicio cotidiano de la medicina. Entre otras razones para el auge de la bioética, cabe señalar:

- 1) una mejor adecuación del campo filosófico para comprender los límites de las ciencias.
- 2) el avance en el ámbito médico-biológico, que plantea los límites de lo humano para la salvaguarda de la propia persona humana.
- 3) la insuficiencia de la normativa jurídica para dar respuestas a los nuevos retos en el campo médico-biológico.
- 4) la organización actual de la actividad médica, controlada de manera creciente por el poder político.

Como ya vimos en el capítulo 1, pero viene al caso en esta reflexión, según Barcia y col., motivos para el auge de la ética aplicada a la psiquiatría son:

- 1) críticas que se han producido desde dentro de la Psiquiatría, sobre todo los ideólogos de la “antipsiquiatría”.
- 2) la incursión de otros profesionales en el campo propio de la psiquiatría.
- 3) la imagen de manipulación ofrecida tradicionalmente por los enfermos mentales, víctimas de la sociedad que los rechaza, con la colaboración, en muchos aspectos, de los propios psiquiatras.
- 4) los usos y abusos del diagnóstico psiquiátrico, con fines ajenos a la relación terapéutica.

Pero no es suficiente con la formulación teórica de principios éticos. La sociedad, -los enfermos mentales en particular-, demanda la concreción de los mismos en normas jurídicas con capacidad de obligar. Es preciso evitar que “la ética pueda quedarse en bellas reflexiones y estériles indicaciones”. La ética y la norma legislativa se condicionan entre sí. En tiempos de democracia, la mayoría de las leyes de un país cumple los mínimos éticos que les confieren legitimidad. Según Zarraluqui “un sistema legal que no se asiente sobre la ética y la moral carece de la legitimidad indispensable”.

Ya hemos comentado previamente, que los derechos humanos tienen su vigor 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; les son propios precisamente por su condición de persona. Es así el derecho un conjunto de normas que regulan la convivencia si bien no pueden ser opuestas al ejercicio de los derechos humanos del individuo, de los que puede decirse que van más allá del derecho jurídico y le preceden, por lo que éste ha de ser forzosamente compatible con aquéllos; compatible pero no antagónico ó anulador de su inviolabilidad e irrenunciabilidad.

Las claves actuales de la relación médico-paciente son:

1) Emergencia de los derechos de los pacientes. Se trata de un fenómeno histórico reciente que desemboca en el advenimiento de las cartas de los derechos en favor de los pacientes. La idea que sirve de apoyo es la afirmación del principio de autonomía del enfermo, manifestando el respeto debido a la dignidad humana y garantizando su libertad en el ámbito de la salud. Supone un cambio radical en las relaciones entre la administración sanitaria y los pacientes, regidas hasta ahora por el principio de beneficencia.

2) Configuración del paciente como consumidor. Se produce en la medida en que se conciben las prestaciones sanitarias como bienes de consumo, convirtiéndose el Estado en garante de las mismas. En un momento histórico, las reivindicaciones de los enfermos se convirtieron en demandas de los consumidores.

3) Influencia de la economía en las prestaciones sanitarias. Frente a un sistema público de salud con recursos limitados, sufragado en lo fundamental con el esfuerzo fiscal de todos, se sitúa el usuario con demandas ilimitadas, deseando que el arco prestacional no tenga límites. Da lugar a la aparición de los catálogos de prestaciones sanitarias, con el conflicto subyacente de saber si un ordenamiento jurídico puede establecer límites que enmarquen debidamente el contenido del derecho a la protección de la salud.

4) Conflictividad y judicialización de las relaciones. Como consecuencia de los cambios de mentalidad y del incremento de los riesgos en la actividad sanitaria, han aumentado las reclamaciones y la búsqueda de indemnizaciones, creando un clima de cierta conflictividad.

Podemos aventurar que el nuevo modelo de relaciones profesionales tendrá como punto de apoyo los principios éticos de autonomía y justicia, firmemente asentados en la conciencia de los psiquiatras y de los gestores de los recursos sanitarios. Deben continuar desarrollándose las normas legislativas que concreten los derechos y deberes, tanto de los enfermos como de los profesionales que les atienden. Y en el ámbito de las instituciones sanitarias, queda la tarea de perfilar la “letra pequeña” que asegure el cumplimiento real de las disposiciones generales: protocolos de consentimiento informado, medidas para garantizar la confidencialidad de las historias clínicas, evaluación de la información terapéutica, calidad de los informes de alta, etc.

Como señala Lopez-Ibor Aliño, la Declaración de Madrid propone un cambio radical en la práctica y el conocimiento psiquiátricos: el paciente es un igual por derecho propio. Se abusa, se discrimina o estigmatiza a los enfermos y a la profesión y sólo desde un núcleo de relación en la cual el enfermo es un ser humano normal y corriente que se relaciona con un profesional también normal y corriente en parte transforma actitudes tan arraigadas.

II DOCUMENTOS RELATIVOS A DERECHOS HUMANOS **desde 1948 a la actualidad**

1. LA DECLARACIÓN UNIVERSAL DE DERECHOS DEL HOMBRE **(1948)**

Las declaraciones universales tienen su punto de partida en el hecho de que las garantías internas que los Estados conceden a los derechos humanos son insuficientes y con frecuencia, inútiles, ya que son los propios Estados los que, en su aplicación pueden desvirtuarlas y son ellos, además, los que muchas veces resultan culpables de las mayores violaciones de tales derechos.

Previamente a la Declaración de 1948, hubo intentos de cartas internacionales de derechos humanos: por ejemplo, en la Carta Atlántica suscrita por Churchill y Roosevelt el 14-Agosto-41, se señalaba la dependencia internacional de los derechos del hombre. Y finalizada la 2ª Guerra Mundial, la Carta de Creación de las Naciones Unidas, aprobada en S. Francisco el 26-Junio-1945 afirmaba con reiteración los derechos humanos y su relevancia universal, y prometía solemnemente la redacción y promulgación de una Declaración, que se proclamase con ese sentido. La Carta de las Naciones Unidas responde a la convicción, adquirida a consecuencia de las inauditas violaciones de esos derechos que se perpetraron en el curso de la 2ª guerra mundial, de que la promoción de los derechos humanos era un asunto que competía a toda la Comunidad Internacional, contrariamente a la opinión que había prevalecido hasta entonces, de que tales derechos incumbían exclusivamente a la jurisdicción interna de cada Estado (se puede afirmar que este cambio es el más trascendental en la historia del derecho y relaciones internacionales).

Consecuentemente, la Asamblea General de Naciones Unidas, reunida en París y de acuerdo con el artículo 68 de la Carta, después de consultar por intermedio de la UNESCO a pensadores ilustres de diversos países, aprobó y proclamó, con fecha 10- Diciembre-1948 la Declaración Universal de Derechos del Hombre. Se proclaman derechos tantas veces invocados, pero formulados de modo nuevo y con el intento de comprometer solemnemente a los Estados miembros del magno organismo internacional en orden el respeto efectivo de los derechos fundamentales de la persona humana. El texto de esta Declaración consta de un Preámbulo razonado (a modo de exposición de motivos), una Declaración aprobatoria y 30 artículos.

Características principales de la Declaración

1. Su fundamentación en el principio filosófico jurídico de dignidad de la persona humana, de la que se derivan los postulados de libertad, igualdad y fraternidad.

2. La mayor amplitud de los derechos reconocidos (da entrada desde el Art. 20 al 27, de nuevos derechos humanos de sentido económico, social y cultural). También hace alguna alusión a deberes.

3. La preocupación político-democrática demostrada en el art. 21.3 “... la voluntad del pueblo se expresará mediante elecciones auténticas..., por sufragio universal y voto secreto...” y en el 29.2 que habla de las limitaciones a la libertad de la persona..., entre ellas las que se derivan de “las justas exigencias de la moral, de orden público y del bienestar general en una sociedad democrática”.

4. Como ya hemos dicho, la extensión de la protección de los aludidos derechos del hombre trasladada del plano estatal al internacional, asunto que se manifiesta en el Preámbulo, en la Declaración aprobatoria y en el artículo 28.

5. El propósito de que la Declaración llegue a ser vinculante para los Estados miembros de la ONU, que se comprometen a “asegurar...el respeto universal y efectivo de los derechos del hombre”; si bien esta vinculación parece no ser prácticamente inmediata, ya que ha de actuarse a través de la estipulación de acuerdos internacionales.

En cuanto al juicio que merece esta Declaración, en general, las opiniones de la doctrina son favorables: supone un progreso por elevar a un plano internacional lo que sólo se había reconocido a nivel nacional ó en la esfera de un Derecho ideal. Para Macbride, la Declaración ha sido y sigue siendo el instrumento fundamental y punto clave en la Historia de la Humanidad. Muchas de sus disposiciones se encuentran hoy integradas en el texto de Constituciones nacionales. Representa la expresión escrita de las bases en que se fundamenta el Derecho de las naciones, las leyes de la humanidad y los dictados de la conciencia pública adaptados al espíritu de nuestros días.

Se le han achacado defectos: no puede alcanzar eficacia práctica por ser meras recomendaciones. Pero con todo, el juicio de casi todos los autores es favorable: fundamentación filosófica certera; positivo avance en el reconocimiento de los derechos humanos; responde a ideales de justicia y paz y late en ella el iusnaturalismo.

Artículos significativos

- Artículo 1: “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos...”.

- Artículo 2:

1. “Toda persona tiene todos los derechos... sin distinción de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política...”

- Artículo 3: (hace más referencia a la bioética y salud) “Todo individuo tiene derecho a la vida...”.

- Artículo 5: “Nadie será sometido a torturas ni a penas ó tratos crueles, inhumanos o degradantes”.

- Los artículos 6, 7, 8, 9 hacen referencia al reconocimiento de la personalidad jurídica; a la igualdad ante la ley; a la no-discriminación; al derecho a un recurso efectivo ante los tribunales competentes; a la no-detención arbitraria.

- Artículo 16: El 16-1 reconoce el derecho a contraer matrimonio, sin restricción por motivos de raza, religión, etc. El 16-2, reconoce que sólo mediante el libre y pleno consentimiento de los esposos, podrá contraerse matrimonio.

16.3 :”La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado”.

- Artículo 22: “Toda persona... tiene derecho a la seguridad social y a la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales... y al libre desarrollo de su personalidad”.

- Artículo 25: 1. "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez, y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad".

2. "La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio y fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social".

2. MEDIDAS ADOPTADAS POR ORGANISMOS DE NACIONES UNIDAS EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS

- Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos (1955)

En 1955 el primer Consejo de las Naciones Unidas sobre prevención del delito y Tratamiento del Delincuente, aprobó las Reglas mínimas para el tratamiento de los reclusos, elaboradas por un Comité Asesor Especial de Expertos. El propósito de las Reglas mínimas era tratar de exponer lo que se acepta generalmente como buenos principios y práctica en el tratamiento de los reclusos y la administración de las instituciones. Una de las Reglas mínimas (Regla 31) tiene por objeto la prohibición de los castigos corporales, el encierro en celda oscura, y toda otra sanción inhumana ó degradante que pueda imponerse por faltas disciplinarias.

Se pusieron los medios jurídicos para poder llevarla a efecto, y en 1977, el Consejo Económico y social añadió una mera sección a las ya existentes, ampliando las Reglas mínimas a aquellas personas deterioradas o encarceladas sin que haya cargos en su contra, etc.

- Principios de Ética Médica (1982)

En su resolución 31/85 de 1976, la Asamblea General invitó a la organización Mundial de la Salud a proponer un proyecto de código de ética médica pertinente para la protección de las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes. Se preparó un informe en ese sentido (por parte de la OMS) y así se gestó la declaración de Tokio fruto de la 29ª Asamblea Médica Mundial, que trata de las Pautas para Médicos, respecto de las torturas y otras formas de trato ó castigo cruel, inhumano ó degradante, en los casos de detención y prisión.

A continuación, y mediante la resolución 37/194 y su anexo (de 1982) exhortó a todos los gobiernos a que dieran la más amplia difusión posible a los principios de ética médica antes aludidos, especialmente entre las asociaciones médicas y paramédicas y las instituciones de detención y carcelarias, e invitó a todas las organizaciones intergubernamentales pertinentes, especialmente a la OMS y a las ONGs interesadas a que señalaran los principios de ética médica a la atención del mayor número posible de personas, especialmente a quienes ejercen actividades médicas y paramédicas.

- Principios básicos para el tratamiento de los reclusos

Vienen recogidos en la resolución 45/111 del 14-Diciembre de 1990 de Naciones Unidas.

Entre ellos, está recogido el acceso a los servicios de salud, además del trato que deben recibir por parte de la Administración Penitenciaria (trato respetuoso, no discriminatorio, respeto de sus creencias, etc.).

- **Mujeres con incapacidades físicas ó mentales (1990)**

Es generalmente conocido que la mujer constituye una parte importante de los 500 millones de personas, estimadas, que están impedidas como consecuencia de una deficiencia mental, física ó sensorial. Muchos factores contribuyen a que hay aumentado el número de personas impedidas, entre ellos, la guerra y otros tipos de violencia, la pobreza, el hambre y deficiencias nutricionales, epidemias y accidentes de trabajo. Aún no hay un reconocimiento suficiente de la dignidad humana y los derechos humanos de las personas impedidas y no se ha logrado su plena participación en la sociedad, lo cual presenta problemas adicionales para la mujer impedida que tiene responsabilidades domésticas y de otra índole. Se recomienda que los gobiernos adopten la Declaración de los Derechos de los Impedidos, de 1975, y el Programa de Acción Mundial para los Impedidos de 1982, que ofrecen un marco general para la acción, y que contemplan problemas específicos de las mujeres. Es preciso proporcionar servicios de apoyo para ayudar a las mujeres impedidas en sus labores domésticas y crear oportunidades para que puedan participar en todos los aspectos de la vida. Debe respetarse el derecho de las mujeres que sufren impedimentos intelectuales a obtener información y asesoramiento sanitario y a aceptar ó rechazar el tratamiento médico.

Protección de las personas reclusas por mala salud mental ó que padecen trastornos mentales (1990)

La comisión de Derechos Humanos en su resolución 10A de 11-Marzo-1977 expresó su preocupación por las consecuencias que los progresos de la neurocirugía, la bioquímica y la psiquiatría podrían tener para la protección de la persona humana y de su integridad física e intelectual, y pidió a la Subcomisión de Prevención de Discriminaciones y Protección a las Minorías que estudiara este tema con miras a formular orientaciones, cara a preservar la protección de personas reclusas por mala salud mental. Esta Subcomisión solicitó la información disponible sobre el tema con miras a formular orientaciones generales respecto a: a) medidas de asistencia médica que fuera aprobado aplicar para el tratamiento de personas reclusas por su mala salud mental, b) procedimientos para determinar si existían razones suficientes para recluir a esas personas y aplicarles esas medidas.

En el informe definitivo se examinaban en detalle las siguientes cuestiones más importantes:

a) Procedimientos y garantías jurídicas para asegurar el respeto a la dignidad intrínseca de las personas con “trastorno mental” y la protección de las libertades y derechos fundamentales: civiles, políticos, sociales, culturales, médicos, legales, etc.

b) Cuestiones relativas a la privación arbitraria de las libertades y los derechos humanos de una persona a causa de su estado de salud mental.

c) Razones para la hospitalización voluntaria ó forzosa de las personas a las que se ha diagnosticado “enfermedad mental”.

d) Análisis del derecho de los enfermos mentales a recibir tratamiento.

e) Tipo de instituciones psiquiátricas.

f) Examen de las recomendaciones para la adopción de medidas legislativas ó de procedimientos, enfoques nuevos ó adicionales relativos especialmente a la protección de las personas recluidas por mala salud mental.

g) Recomendaciones sobre reformas de la legislación vigente en materia de salud mental, en los casos en que sea inadecuada ó anticuada, y sobre medidas socioeconomicas y administrativas relativas al mejoramiento y modernización de los servicios de salud mental y de las instituciones psiquiátricas. En los procesos de desarrollo de este documento, la Asamblea General expresó su profunda preocupación por la existencia reiterada y constatable de mal uso y abuso por razones de orden no médico (según reflejaba el informe de la Relatora Especial) y reafirmó su convicción de que detener a personas en instituciones psiquiátricas por sus opiniones políticas ó por otros motivos de orden no médico, constituye una violación de sus derechos humanos. El documento se tituló finalmente: PRINCIPIOS PARA LA PROTECCION DE LOS ENFERMOS MENTALES Y EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCION DE LA SALUD MENTAL. (resolución 46/119 de 17-Diciembre-1991) (ver apéndice)

3. LA CONSTITUCIÓN DE 1978 Y LA LEGISLACION ESPAÑOLA POSTERIOR

Constitución Española

En cuanto núcleo del sistema político y jurídico contiene una serie de preceptos de los que se pueden extraer un conjunto de derechos de los que son beneficiarios todos los individuos:

- derecho a la igualdad ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna (art. 14).
- derecho a la vida, y a la integridad física y moral (art. 15).
- derecho a la libertad y seguridad (art. 17.1).
- derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen con la limitación por ley del uso de la informática (art. 18.2 y 18.4).
- derecho a la protección de la salud (art. 43.1).
- derecho a la organización y tutela de la salud pública por los poderes públicos (art. 43.2) con especial consideración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos (art. 49), de los ciudadanos durante la tercera edad (art. 50) y de los consumidores y usuarios (art. 51.1).
- derecho a la educación sanitaria (art. 43.3).

Protección jurídica del enfermo mental en la Constitución de 1978

La Constitución reconoce, ciertamente, el derecho a la protección de la salud y, a tal fin, atribuye a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública, mediante la adopción de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. En base a este precepto, al enfermo mental se le reconoce constitucionalmente el derecho a que el Estado provea las medidas oportunas para su adecuada asistencia psiquiátrica. Asimismo, la Constitución se ha mostrado especialmente sensible con los problemas específicos de los demás disminuidos psíquicos, y además ha instado a los poderes públicos a realizar una

política de prevención, tratamiento, rehabilitación, integración de los disminuidos psíquicos a los que prestarán la atención especializada que requieran. La Carta Magna señala a los poderes públicos las dos coordenadas en las que debe centrarse la atención que ha de prestar a los enfermos mentales: la protección asistencial y la protección jurídica. Si el primer objetivo constituye la atención primaria debida a cualquier enfermo, con las peculiaridades propias de la afección que padecen, resulta igualmente importante destacar la necesidad de prestar una protección jurídica específica a estos enfermos, como consecuencia de la disminución de su capacidad y responsabilidad derivada de su propia enfermedad.

La doctrina jurídica ha planteado una cuestión de gran interés en relación con la problemática que nos ocupa. Es notorio que la operatividad y exigibilidad de los derechos fundamentales contenidos en los art. 14 al 29, derechos y libertades, es inmediata, y, a tal efecto, en orden a la protección y tutela de estos derechos, la constitución prevé el mecanismo procesal del recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional, vía que podrá utilizar el ciudadano, una vez agotada la vía judicial, cuando considere que han sido violados algunos de esos derechos fundamentales.

No gozan de igual protección jurídica, en cambio, los derechos fundamentales contenidos en los art. 30 a 52 de la Constitución, de carácter básicamente social y económico, por lo que se ha suscitado la polémica acerca de su significado programático, carente de las características propias de un derecho subjetivo exigible ante los Tribunales.

La cuestión no es baladí en el tema que nos ocupa, pues de ello depende la interpretación correcta de los art. 43 y 49 de la Constitución Española y el consiguiente reconocimiento de un derecho subjetivo del enfermo mental a la asistencia psiquiátrica con cargo a los fondos públicos. Si se interpreta como un objetivo programático, el enfermo mental carecería frente a los poderes públicos, del derecho subjetivo a dicha prestación exigible ante los Tribunales de Justicia, y, por tanto, se trataría más bien de una expectativa de derecho, que de un derecho subjetivo propiamente dicho.

De lo anteriormente expuesto se deduce la existencia de un derecho subjetivo del enfermo mental a la asistencia y protección por parte de los poderes públicos, deducido del art. 49 de la Constitución.

Cabe interpretar que la “atención especializada” no es otra cosa que la asistencia psiquiátrica precisa para los objetivos propuestos: prevención, tratamiento, rehabilitación e integración. Con unos medios instrumentales y servicios especiales apropiados a la situación propia y singular del enfermo mental.

Reforma psiquiátrica: Informe de la Comisión Ministerial (1985)

Se trata de una serie de propuestas encaminadas a, fundamentalmente, potenciar la prevención, reducir las necesidades de hospitalización por causa psíquica mediante la creación de recursos alternativos eficaces, incentivar los programas de rehabilitación, establecer un nivel de prestaciones sociosanitarias suficientes para el paciente mental, y tutelar los derechos civiles del paciente frente a las acciones sanitarias que puedan limitar su libertad. Para ello, entre otras medidas, figuraban: la prestación de atención psiquiátrica en los hospitales generales; la puesta en marcha de planes específicos para los hospitales psiquiátricos, orientados a su transformación y progresiva superación, simultaneados con acciones alternativas fuera de los mismos y dentro de las Areas de Salud. Y la creación de una Red de Salud Mental ambulatoria en todas las Areas de Salud.

Ley General de Sanidad (1986)

No tiene ningún artículo específico para el enfermo mental, pero sí sentó las bases para una serie de derechos que poco a poco van entrando en los centros de Salud mental y en otros centros hospitalarios, como son el derecho a la información, la confidencialidad, el consentimiento informado, que hemos tratado con extensión en otros capítulos de este trabajo, y que vienen más explicitados en la ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud

El Real Decreto 63/1995 de 20 de Enero, establece entre sus prestaciones sanitarias:

- En cuanto a la atención especializada: una vez superadas las posibilidades de diagnóstico y tratamiento de la atención primaria comprenderá: (entre otras):

La atención de la salud mental y la asistencia psiquiátrica, que incluye el diagnóstico, y seguimiento clínico, la psicofarmacoterapia y las psicoterapias individuales, de grupo o familiares, y en su caso, la hospitalización.

Informes del Defensor del Pueblo

En 1988, el Defensor del Pueblo emitió un informe sobre “la enfermedad mental en los centros penitenciarios” y en 1995 emitió un “Estudio y recomendaciones sobre la situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España”.

La Declaración de Madrid

Aunque efectuada y firmada en Madrid, se trata de un documento de la Asociación Mundial de Psiquiatría al que ya hemos hecho referencia en la parte primera de este capítulo, y que incluimos en el Apéndice por su importancia capital.

Convenio Relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina (Convenio de Oviedo, 1997)

Hacen especial referencia al enfermo mental, dentro del Capítulo III referente al Consentimiento, el artículo 6 que dedica a la “Protección de las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento”. Así como el artículo 7: “protección de las personas que sufran trastornos mentales”.

También el capítulo III. Vida privada y derecho a la información.

Si bien este convenio ha sido comentado más en profundidad al tratar temas específicos como el consentimiento informado, confidencialidad, etc. (4)

BIBLIOGRAFÍA

1. Bloch S, Pargiter R. Códigos éticos en psiquiatría. En: Bloch S, Chodoff P y Green SA (editores). La ética en psiquiatría. 1ª edición española Madrid, Triacastela, 2001: 89-107.
2. Herranz Rodriguez, Gonzalo. El Código de Etica y Deontología Médica. Rev Clin Esp 2003; 203 (Extr. 2): 79-84.
3. Santander F. (coordinador) Etica y praxis psiquiátrica. Asociación Española de Neuropsiatria. Madrid 2000. Pág. 263.
4. Arechederra Aranzadi J.J. Psiquiatría y Derechos humanos. You and Us. Madrid 1998. Pág. 7-96.

JURAMENTO HIPOCRÁTICO

Juro por Apolo médico, por Asclepio, Higía y Panacea, así como por todos los dioses y diosas, poniéndolos por testigos, dar cumplimiento en la medida de mis fuerzas y de acuerdo con mi criterio al juramento y compromiso siguientes:

Tener al que me enseñó este arte en igual estima que a mis progenitores, compartir con él mi hacienda y tomar a mi cargo sus necesidades si le hiciese falta; considerar a sus hijos como hermanos míos y enseñarles este arte, si quieren aprenderlo, de forma gratuita y sin contrato o compromiso; hacerme cargo de la preceptiva, la instrucción oral y demás enseñanzas de mis hijos, de los de mi maestro y de los discípulos que hayan suscrito el compromiso y estén sometidos por el juramento a la ley médica, pero a nadie más.

Haré uso del régimen de vida para ayudar al enfermo según mi capacidad y recto entender. Del daño y de la injusticia le preservaré.

No daré a nadie, aunque me lo pida, ningún fármaco letal, ni haré semejante sugerencia. Igualmente tampoco proporcionaré a mujer alguna un pesario abortivo. En pureza y santidad mantendré mi vida y mi arte.

No haré uso del bisturí ni aun con los que sufren de mala piedra. Dejaré esta práctica para los que la realizan.

Al visitar una casa, entraré en ella para bien de los enfermos, absteniéndome de todo agravio intencionado o corrupción, en especial de prácticas sexuales con las personas, ya sean hombres ya mujeres, esclavos o libres.

Lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba divulgarse, lo callaré teniéndolo por secreto.

Si soy fiel a este juramento y no lo quebranto, séame dado el gozo de mi vida y de mi arte, rodeado de la consideración de todos los hombres. Pero si lo violo y cometo perjurio, que me ocurra todo lo contrario.

DECLARACIÓN DE GINEBRA*

ASOCIACION MEDICA MUNDIAL

JURAMENTO MÉDICO

En el momento de ser admitido como miembro de la profesión médica:

Juro solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad.

Brindaré a mis maestros el respeto y la gratitud debidas.

Practicaré mi profesión con conciencia y dignidad, velando solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente.

Mantendré, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica; mis colegas serán mis hermanos.

No permitiré que consideraciones de religión, nacionalidad, raza, opinión política o estatus social se interpongan entre mi deber y mi paciente.

Mantendré un absoluto respeto a la vida humana desde el momento de la concepción; incluso aunque fuese amenazado, no usaré mis conocimientos médicos en contra de las leyes de la humanidad.

Hago estas promesas con solemnidad, libremente y por mi honor.

*Adoptada por la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en Ginebra, 1948. Modificada en 1968.

CÓDIGO DE NUREMBERG

Los juicios por crímenes de guerra en el tribunal de Nuremberg establecieron diez principios que los médicos debían respetar cuando llevaran a cabo experimentos con seres humanos.

EXPERIMENTOS MÉDICOS PERMITIDOS

Existen pruebas de gran peso que permiten afirmar que ciertos tipos de experimentos con seres humanos, cuando se mantienen dentro de límites concretados, son conformes a la ética de la profesión médica. Los protagonistas de la práctica de experimentación humana justifican su postura en que estos experimentos procuran resultados en beneficio de la sociedad que no son alcanzables por ningún otro método de estudio. Todos están de acuerdo, sin embargo, en que deben respetarse algunos principios básicos a fin de satisfacer las exigencias éticas y legales.

1. El consentimiento voluntario del sujeto es absolutamente esencial. Esto significa que la persona implicada debe poseer capacidad legal para dar su consentimiento; que debe estar en una posición que le permita ejercitar su poder de elección con libertad, sin la intervención de cualquier tipo de fuerza, fraude, mentira, coacción, exceso, u otras formas de imposición o coerción; y debería tener suficiente conocimiento y comprensión de los elementos que comprende la investigación, de tal forma que pueda tomar una decisión comprensible y lúcida.

Este último punto exige que antes de ser aceptada una decisión afirmativa del sujeto debería habersele hecho saber la naturaleza, duración y propósito del experimento; la metodología y los medios mediante los que se llevarán a cabo; todos los inconvenientes y peligros que razonablemente pueden esperarse; y los efectos que sobre su salud o su persona pueden derivarse de su participación en el experimento.

El deber y la responsabilidad de asegurarse de la calidad del consentimiento atañen a todo individuo que inicia, dirige, o se compromete en un experimento. Se trata de un deber y de una responsabilidad que no puede ser delegada en otro con impunidad.

2. El experimento debería ser capaz de producir resultados fecundos para el bien de la sociedad, que no puedan ser obtenidos por otros métodos o medios de estudio, y no ser arbitrarios o innecesarios.

3. El experimento debe ser diseñado y fundamentado a partir de los resultados de la experimentación animal y del conocimiento de la historia natural de la enfermedad o del

problema en estudio, de tal forma que los resultados previos permitan justificar la realización del experimento [en humanos].

4. El experimento debería ser llevado a cabo de tal manera que evite todo sufrimiento o daño físico o mental innecesario.

5. Un experimento no debe realizarse si existen razones *a priori* que permitan sospechar que se producirá la muerte o secuelas exceptuando, quizás, aquellos experimentos en los que los propios experimentadores sirvan como sujetos de experimentación.

6. La cantidad de riesgo que se corre nunca deberá exceder el determinado en función de la importancia humanitaria del problema que pretende resolver el experimento.

7. Debería realizarse una adecuada preparación con médicos suficientes para proteger al sujeto de experimentación de incluso las más remotas posibilidades de daño, secuelas o muerte.

8. El experimento debería ser llevado a cabo sólo por personas científicamente cualificadas. Deberá exigirse el más alto grado de competencia y cuidado a lo largo de todas las fases del experimento a todos aquellos que dirigen o participan en el experimento.

9. Durante el curso del experimento el sujeto debería tener la libertad de retirarse del experimento si ha alcanzado un estado físico o mental que a su juicio le incapacita para continuar con el mismo.

10. Durante el curso del experimento el científico encargado debe estar preparado para finalizar el mismo en cualquier momento, si tiene razones probables para creer, en el ejercicio de su buena fe, mayor capacidad y mejor juicio, que la continuación del experimento producirá daños, secuelas o la muerte del sujeto de experimentación.

DECLARACIÓN DE HELSINKI*

Recomendaciones para orientar a los médicos que realizan investigaciones biomédicas en seres humanos

ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

INTRODUCCIÓN

La misión del médico es velar por la salud de la humanidad. Sus conocimientos y su conciencia deben dedicarse a la realización de esta misión.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial señala el deber del médico con las palabras “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente” y en el Código Internacional de Ética Médica se establece que “el médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental o física del paciente”.

El propósito de la investigación biomédica en seres humanos debe ser el mejoramiento de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos, y la comprensión de la etiología y la patogénesis de una enfermedad.

En la práctica actual de la medicina, la mayoría de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos o profilácticos implican riesgos: esto se aplica especialmente a la investigación biomédica.

El progreso de la medicina se basa sobre la investigación, la que en último término debe cimentarse en parte en la experimentación en seres humanos.

En el área de la investigación biomédica debe hacerse una distinción fundamental entre la investigación médica cuyo fin es esencialmente diagnóstico o terapéutico para el paciente, y la investigación médica cuyo objetivo esencial es puramente científico y sin representar un beneficio diagnóstico o terapéutico directo para la persona sujeta a la investigación.

Durante el proceso de investigación debe darse especial atención a factores que puedan afectar el ambiente y respeto al bienestar de los animales utilizados para tales estudios.

* Asamblea por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964; enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975; la Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983; la 41 Asamblea Mundial, Hong Kong, septiembre de 1989, y la 48 Asamblea General, Somerset West, Sudáfrica, octubre de 1996.

Puesto que es esencial que los resultados de experimentos de laboratorio sean aplicados a seres humanos, a fin de ampliar el conocimiento científico y así aliviar el sufrimiento de la humanidad, la Asociación Médica Mundial ha redactado las siguientes recomendaciones para que sirvan de orientación a cada médico dedicado a la investigación biomédica en seres humanos. Ellas deben someterse a futuras reconsideraciones. Debe hacerse notar que las normas aquí descritas son sólo una orientación para los médicos de todo el mundo: ellos no están exentos de las responsabilidades criminales, civiles y éticas dictadas por las leyes de sus propios países.

I. PRINCIPIOS BÁSICOS

1. La Investigación biomédica en seres humanos debe concordar con las normas científicas generalmente aceptadas y debe basarse sobre experimentos de laboratorio y en animales, realizados adecuadamente y con un conocimiento profundo de la literatura científica pertinente.

2. El diseño y la realización de cada procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe remitirse para consideración, comentarios y consejos a un comité especialmente designado, independiente del investigador y del auspiciador, con el entendido de que dicho comité independiente se establezca de acuerdo con las leyes y regulaciones del país en el que se realiza el experimento de investigación.

3. La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada solamente por personas científicamente calificadas, bajo la supervisión de una persona médica con

BIOÉTICA Y PSIQUIATRÍA. LOURDES MENDIBURU.

competencia clínica. La responsabilidad por el ser humano siempre debe recaer sobre una persona con calificaciones médicas, nunca sobre el individuo sujeto a investigación, aunque éste haya otorgado su consentimiento.

4. La investigación biomédica en seres humanos no puede legítimamente realizarse, a menos que la importancia de su objetivo mantenga una proporción con el riesgo inherente al individuo.

5. Cada proyecto de investigación biomédica en seres humanos debe ser precedido de un cuidadoso estudio de los riesgos predecibles, en comparación con los beneficios posibles para el individuo o para otros individuos. La preocupación por el interés del individuo debe siempre prevalecer sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

6. Siempre debe respetarse el derecho del ser humano sujeto a investigación de proteger su integridad y deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la privacidad de la persona y para disminuir al mínimo el efecto de la investigación sobre su integridad física y mental, y sobre su personalidad.

7. Los médicos deben abstenerse de realizar proyectos de investigación en seres humanos, a menos que tengan la certeza que los riesgos inherentes son predecibles. Deben así mismo interrumpir todo experimento si los riesgos son mayores que los posibles beneficios.

8. Al publicar los resultados de la investigación, el médico tiene la obligación de mantener la exactitud de los resultados. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración, no deben ser aceptados para su publicación.

9. Toda investigación en seres humanos debe ser precedida de la información adecuada a cada voluntario de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que pueda implicar el experimento. El individuo debe saber que tiene la libertad de no participar en el experimento y que tiene el privilegio de anular en cualquier momento su consentimiento. El médico debe entonces obtener el consentimiento informado voluntario del individuo, preferiblemente por escrito.

10. Al obtener el consentimiento informado del individuo para el proyecto de investigación, el médico debe observar atentamente si el individuo se ha formado una relación de dependencia hacia él o si el consentimiento puede ser forzado. En tal caso, el consentimiento informado debe obtenerse por un médico que no participa en la investigación y que es completamente independiente de dicha relación oficial.

11. El consentimiento informado debe obtenerse del tutor legal en caso de incapacidad legal y de un pariente responsable, en caso de incapacidad física o mental, o cuando el individuo es menor de edad, según las disposiciones nacionales en cada caso.

Cuando el menor de edad puede en efecto dar su consentimiento, éste debe obtenerse además del consentimiento de su tutor legal.

12. El protocolo de investigación siempre debe contener una mención de las consideraciones éticas del caso y debe indicar que se ha cumplido con los principios enunciados en ésta Declaración.

II. INVESTIGACIÓN MÉDICA COMBINADA CON LA ATENCIÓN PROFESIONAL (INVESTIGACIÓN CLÍNICA)

1. Durante el tratamiento del paciente, el médico debe contar con la libertad de utilizar el nuevo método diagnóstico y terapéutico si en su opinión de la esperanza de salvar la vida, restablecer la salud o aliviar el sufrimiento.

2. Los posibles beneficios, riesgos e incomodidades de un nuevo método deben ser evaluados en relación con las ventajas de los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos disponibles.

3. En toda investigación médica, todo paciente –incluidos los de un grupo de control, si los hay- debe contar con los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos disponibles. Esto no excluye la utilización de placebo inerte en los estudios donde no existan métodos diagnósticos o terapéuticos.

4. La negativa de un paciente a participar en una investigación nunca debe interferir en la relación médico-paciente.

5. Si el médico considera esencial no obtener el consentimiento informado, él debe expresar las razones específicas de su decisión en el protocolo que se transmitirá al comité independiente. (I.2).

6. El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica profesional a fin de alcanzar nuevos conocimientos médicos, pero siempre que la investigación se justifique por su posible valor diagnóstico o terapéutico para el paciente.

III. INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA NO TERAPÉUTICA EN SERES HUMANOS (INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA NO CLÍNICA)

1. En la aplicación puramente científica de la investigación médica en seres humanos, el deber del médico es permanecer en su rol de protector de la vida y la salud del individuo sujeto a la investigación biomédica.

2. Los individuos deben ser voluntarios en buena salud o pacientes cuyas enfermedades no se relacionan con el diseño experimental.

3. El investigador o el equipo investigador debe interrumpir la investigación si en su opinión, al continuarla, ésta puede ser perjudicial para el individuo.

4. En la investigación en seres humanos, nunca debe darse preferencia a los intereses de la ciencia y de la sociedad, antes que al bienestar del individuo.

DECLARACIÓN DE MADRID*

ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA

En 1977 la Asociación Mundial de Psiquiatría aprobó la Declaración de Hawai, introduciendo unas normas éticas para la práctica de la psiquiatría. La Declaración fue actualizada en Viena en 1983. Con el objetivo de recoger el impacto de los cambios sociales y los nuevos descubrimientos científicos de la profesión psiquiátrica, la Asociación Mundial de Psiquiatría ha revisado nuevamente estas normas éticas de comportamiento.

En la medicina se combinan el arte de curar y la ciencia. Donde mejor se refleja la dinámica de esta combinación es en la psiquiatría, la rama de la medicina especializada en el cuidado y la protección de aquellos que padecen a causa de enfermedades o minusvalías mentales. Aun existiendo diferencias culturales, sociales y nacionales, es imprescindible y necesario el desarrollo de una conducta ética universal.

Como profesionales de la medicina, los psiquiatras deben ser conscientes de las implicaciones éticas que se derivan del ejercicio de su profesión y de las exigencias éticas específicas de la especialidad de psiquiatría. Como miembros de la sociedad, los psiquiatras deben luchar por el tratamiento justo y equitativo de los enfermos mentales, en aras de una justicia social igual para todos.

El comportamiento ético se basa en el sentido de la responsabilidad individual de cada psiquiatra hacia cada paciente y en la capacidad de ambos para determinar cuál es la conducta correcta y más apropiada. Las normas externas y las directrices tales como los códigos de conducta profesional, las aportaciones de la ética y de las normas legales, no garantizan por sí solas la práctica ética de la medicina.

Los psiquiatras deben, en todo momento, tener en cuenta las fronteras de la relación psiquiatra-paciente y guiarse principalmente por el respeto al paciente y la preocupación por su bienestar e integridad.

Con este espíritu, la Asociación Mundial de Psiquiatría aprobó en su Asamblea General del 25 de agosto de 1996, las siguientes directrices relativas a las normas éticas que deben regir la conducta de los psiquiatras de todo el mundo:

* Aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría, Madrid, 25 de agosto de 1996.

1. La Psiquiatría es una disciplina médica orientada a proporcionar el mejor tratamiento posible de los trastornos mentales, a la rehabilitación de los individuos que sufren de enfermedad mental y a la promoción de la salud mental. Los psiquiatras atienden a sus pacientes proporcionándoles el mejor tratamiento posible, en concordancia con los conocimientos científicos aceptados y de acuerdo con sus principios éticos. Los psiquiatras deben seleccionar intervenciones terapéuticas mínimamente restrictivas para la libertad del paciente, buscando asesoramiento en áreas de su trabajo en las que no tuvieran la experiencia necesaria. Además, los psiquiatras deben ser conscientes y preocuparse de una distribución equitativa de los recursos sanitarios.

2. Es deber del psiquiatra mantenerse al tanto del desarrollo científico de su especialidad y de diseminar estas enseñanzas actualizadas. Los psiquiatras con experiencia en la investigación deben tratar de ampliar las fronteras científicas de la psiquiatría.

3. El paciente debe ser aceptado en el proceso terapéutico como un igual por derecho propio. La relación terapeuta-paciente debe basarse en la confianza y en el respeto mutuos,

que es lo que permite al paciente tomar decisiones libres e informadas. El deber de los psiquiatras es proporcionar al paciente la información relevante y significativa para que pueda tomar decisiones relacionadas de acuerdo a sus normas, valores o preferencias propios.

4. Cuando el paciente está incapacitado o no pueda ejercer el juicio adecuado a causa de un trastorno mental, el psiquiatra deberá consultar con su familia y, si fuera necesario, buscar consejo jurídico, con el objetivo de salvaguardar la dignidad humana y los derechos legales del paciente. No se debe llevar a cabo ningún tratamiento en contra de la voluntad del paciente, salvo que el no hacerlo ponga en peligro la vida del paciente o de aquellos que lo rodean. El tratamiento debe guiarse siempre por el mejor interés del paciente.

5. Cuando a un psiquiatra se le solicite evaluar a una persona, es su deber informar y aconsejar a la persona que se evalúa sobre el propósito de la intervención, sobre el uso de los resultados de la misma y sobre las posibles repercusiones de la evaluación. Este punto es particularmente importante cuando los psiquiatras tengan que intervenir en situaciones con terceras partes.

6. La información obtenida en el marco de la relación terapéutica debe ser confidencial, utilizándose exclusivamente con el propósito de mejorar la salud mental del paciente. Está prohibido que los psiquiatras hagan uso de tal información para uso personal o para acceder a beneficios económicos o académicos. La violación de la confidencialidad sólo podría ser adecuada cuando existiera serio peligro mental o físico para el paciente o terceras personas si la confidencialidad se mantuviera. En estas circunstancias el psiquiatra deberá, en la medida de lo posible, informar primero al paciente sobre las acciones a tomar.

7. Una investigación que no se lleva a cabo de acuerdo con los cánones de la ciencia no es ética. Los proyectos de investigación deben ser aprobados por un comité ético debidamente constituido. Los psiquiatras deben cumplir las normas nacionales e internacionales para llevar a cabo investigaciones. Sólo las personas debidamente formadas en metodología de la investigación deben dirigir o llevar a cabo una investigación. Debido a que los pacientes con trastornos mentales son sujetos especialmente vulnerables a los procesos de investigación, el investigador deberá extremar las precauciones para salvaguardar tanto la autonomía como la integridad física como psíquica del paciente. Las normas éticas también se deben aplicar en la selección de grupos de población, en todo tipo de investigación, incluyendo estudios epidemiológicos y sociológicos y en investigaciones con otros grupos, como las de naturaleza multidisciplinaria o multicéntrica.

NORMAS PARA SITUACIONES ESPECÍFICAS

El Comité de Ética de la Asociación Mundial de Psiquiatría reconoce la necesidad de desarrollar normas específicas relativas a situaciones específicas. Cinco de estas normas se detallan a continuación. El Comité tratará en el futuro otros asuntos importantes como la ética de la psicoterapia, las nuevas alianzas terapéuticas, las relaciones con la industria farmacéutica, el cambio de sexo y la ética de la economía de la salud.

1. *Eutanasia*. La primera y principal responsabilidad del médico es la promoción de la salud, la reducción del sufrimiento y la protección de la vida. El psiquiatra, entre cuyos pacientes hay algunos que están gravemente incapacitados y no pueden tomar decisiones informadas, debe ser particularmente cuidadoso con las acciones que pudieran causar la muerte de aquellos que no pueden protegerse debido a su discapacidad. El psiquiatra debe ser consciente de que las opiniones de un paciente pueden estar distorsionadas por una

enfermedad mental, tal como la depresión. En estos casos, el deber del psiquiatra es tratar la enfermedad.

2. *Tortura.* Un psiquiatra no debe tomar parte en ningún proceso de tortura física o mental, aun cuando las autoridades intenten forzar su participación en dichas acciones.

3. *Pena de muerte.* Un psiquiatra no debe participar, bajo ningún concepto, en ejecuciones legalmente autorizadas ni participar en evaluaciones de la capacidad para ser ejecutado.

4. *Selección de sexo.* Un psiquiatra no debe participar bajo ninguna circunstancia en decisión de interrupción del embarazo con el fin de seleccionar el sexo.

5. *Transplante de órganos.* La función del psiquiatra es la de clarificar todo lo relacionado con la donación de órganos y aconsejar sobre los factores religiosos, culturales, sociales y familiares para asegurar que los implicados tomen las decisiones correctas. El psiquiatra no debe asumir el poder de decisión en nombre de los enfermos, ni tampoco utilizar sus conocimientos psicoterapéuticos para influir en sus decisiones. El psiquiatra debe proteger a sus pacientes y ayudarles a ejercer su autodeterminación en el mayor grado posible en los casos de transplante de órganos.

PRINCIPIOS DE ETICA MÉDICA CON COMENTARIOS ESPECIALMENTE APLICABLES A LA PSIQUIATRÍA

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

PREÁMBULO

La profesión médica ha suscrito durante mucho tiempo un conjunto un conjunto de declaraciones de carácter ético que se han desarrollado, fundamentalmente, en beneficio del paciente. Como miembro de su profesión, el médico debe reconocer su responsabilidad no sólo con sus pacientes, sino también con la sociedad, con otros profesionales de la salud y consigo mismo. Los siguientes principios adoptados por la American Medical Association, no son leyes sino pautas de conducta, que definen la esencia de un comportamiento honorable en el médico.

SECCIÓN 1

Un médico debe dedicarse a proporcionar una asistencia médica competente con pasión y respeto a la dignidad humana.

1. El paciente depositará su confianza en su psiquiatra, con el conocimiento de que la ética psiquiátrica y la responsabilidad profesional le impiden satisfacer sus propias necesidades abusando del paciente. El psiquiatra debe estar siempre pendiente del impacto que su conducta tiene sobre los límites de la relación médico-paciente, y por tanto, sobre el bienestar del paciente. Estos requerimientos adquieren especial importancia por la naturaleza esencialmente privada, muy personal, y en ocasiones emocionalmente intensa, de la relación que se establece con el psiquiatra.

2. Un psiquiatra no debe tomar parte en ninguna política que excluya, segregue o degrade la dignidad de cualquier paciente a causa de su origen étnico, raza, sexo, credo, edad, situación socioeconómica y orientación sexual.

* los textos en cursiva se han tomado literalmente de los Principios de ética médica de la American Medical Association

3. En consonancia con los requerimientos de la ley y de las prácticas médicas aceptadas, es ético que un médico someta su labor a la supervisión de expertos y de la más alta autoridad facultativa, así como de la administración del hospital o de su consejo directivo. En caso de desacuerdo, el psiquiatra puede, y es éticamente correcto, seguir alguna de las siguientes vías:

a) Apelar la decisión de la junta médica ante un comité mixto que incluya miembros de la junta facultativa y de la junta directiva. En la apelación el psiquiatra, de acuerdo con la ética, puede solicitar que se consideren opiniones externas.

b) Apelar ante el propio consejo directivo.

c) Apelar ante las organizaciones que regulan la concesión de licencias hospitalarias si, en ese estado en particular, tienen competencias de asuntos de cualificación profesional y calidad asistencial.

d) Tratar de formar a sus colegas desarrollando proyectos de investigación, datos y presentaciones en los encuentros y en las revistas profesionales.

e) Solicitar reparación en los tribunales locales, adjuntando si procede un interdicto contra el consejo directivo.

f) La educación pública llevada a cabo por un psiquiatra de forma ajustada a la ética, no debería utilizar alegaciones basadas en la emoción sino en la profesionalidad, sin que los testimonios supongan para los pacientes un posible abuso.

4. Un psiquiatra no debe participar en una ejecución legalmente autorizada.

SECCIÓN 2

Un médico debe tratar honestamente a los pacientes y los colegas, y esforzarse en desenmascarar aquellos médicos deficientes en carácter o competencia, o que estén implicados en fraude o engaño.

1. El requisito de que el médico se comporte adecuadamente en su profesión y en todas las acciones de su vida es especialmente importante en el caso del psiquiatra porque el paciente, por un proceso de identificación, tiende a modelar su comportamiento en función de su psiquiatra. Además, la necesaria intensidad de la relación terapéutica puede activar fantasías y necesidades sexuales, o de otra índole, tanto en el paciente como en el psiquiatra, al tiempo que debilita la objetividad precisa para el control. Junto a esto, debe considerarse que la asimetría inherente a la relación médico-paciente puede llevar a que se someta a abusos al paciente. La actividad sexual con un paciente, o un antiguo paciente, es contraria a la ética.

2. El psiquiatra debe custodiar, evitando su explotación, la información que le ha proporcionado el paciente, y no debe utilizar la especial posición de poder que le proporciona su situación psicoterapéutica para influir en el paciente en aspectos que no estén directamente relacionados con los objetivos terapéuticos.

3. Un psiquiatra que desarrolla regularmente su labor en áreas ajenas a su competencia profesional debe ser considerado contrario a la ética. La determinación de la competencia profesional debe ser acreditada por juntas de supervisión u otros organismos adecuados.

4. Debe otorgarse especial consideración a aquellos psiquiatras que, a causa de una enfermedad, ponen en peligro el bienestar de sus pacientes, y su propia reputación y labor. Es ético, e incluso aconsejable, que otro psiquiatra intervenga en estos casos.

5. La asistencia psiquiátrica, como cualquier asistencia médica, se proporciona en contexto de un acuerdo contractual entre el paciente y el médico tratante. Las condiciones del contrato, que obligan tanto al médico como al paciente, deben establecerse explícitamente.

6. Es éticamente correcto que el psiquiatra cobre por una cita fallida cuando así conste en el acuerdo contractual específico realizado con el paciente. Cobrar una cita a la que no ha acudido el paciente o que no ha sido cancelada con 24 horas de antelación no es, en sí mismo, un hecho contrario a la ética si el paciente había sido plenamente advertido de ello. Esta práctica, no obstante, debe ejercerse sólo ocasionalmente y con la máxima consideración hacia el paciente y sus circunstancias.

7. Un acuerdo por el cual un psiquiatra supervise o prescriba a otros médicos o a personal no médico, a cambio de un porcentaje de sus honorarios o de sus ingresos brutos, no es aceptable; se considera un reparto de horarios. En un equipo de médicos o en un equipo multidisciplinar, es éticamente correcto que el psiquiatra pueda recibir pagos por administración, investigación, docencia o consultoría. Estos pagos deben ser resultado de acuerdo en cuanto a salario u horarios, abiertos a ser nuevamente negociados si, con el tiempo, se produce un cambio en la demanda. (Véase también la sección 5, comentarios 2, 3, y 4.)

SECCIÓN 3

Un médico debe ser respetuoso con la ley y consciente de su responsabilidad en la búsqueda de modificaciones de aquellas normas que sean contrarias al mejor interés del paciente.

1. Puede parecer muy evidente que un psiquiatra que trasgreda la ley es éticamente inadecuado para el ejercicio de su profesión. Si las acciones ilegales afectan directamente a su práctica, obviamente, la afirmación sería correcta. No obstante, en otras situaciones, actividades ilegales, como las derivadas del derecho a protestar contra injusticias sociales, pueden no afectar ni a la imagen de los psiquiatras ni a la destreza de ese psiquiatra concreto para tratar a sus pacientes de forma ética y correcta. Puesto que ningún comité o junta puede ofrecer *a priori* la seguridad de que una actividad ilegal puede no considerarse contraria a la ética, es posible que un individuo viole la ley sin que su conducta profesional sea contraria a la ética. Los médicos no pierden sus derechos como ciudadanos al entrar en la profesión médica.

2. La práctica de la acupuntura por un psiquiatra, cuando no se prohíbe específicamente en las leyes locales que regulan la práctica médica, no se considera contraria a la ética *per se*. El psiquiatra debe tener competencia profesional en el uso de la acupuntura o, en el caso de que supervise la acupuntura que realizan otros individuos no médicos, debe llevar a cabo una supervisión médica adecuada. (Véase también la sección 5, comentarios 3 y 4).

SECCIÓN 4

Un médico debe respetar los derechos de los pacientes, de los colegas, de otros profesionales de la salud, y debe salvaguardar las confidencias del paciente, dentro de los límites legales establecidos.

1. Los registros psiquiátricos, incluso la identidad de una persona como paciente, deben protegerse con extremo cuidado. La confidencialidad es esencial en el tratamiento psiquiátrico. Esto se debe en parte a la especial naturaleza del tratamiento psiquiátrico y en parte a la tradicional relación ética entre el médico y el paciente. El creciente interés por los

derechos civiles de los pacientes y los efectos adversos que producen la informatización, la multiplicación de equipamientos y los bancos de datos, hacen que la probabilidad de que se divulgue información confidencial sea cada vez mayor. Dada la naturaleza privada y sensible de la información que maneja la psiquiatría, debe ser cuidadoso en cuanto a la información que revela a otros acerca del paciente. El bienestar del paciente debe ser siempre tenido en cuenta.

2. Un psiquiatra sólo debe revelar información confidencial con el consentimiento del paciente o por imperativo legal. El deber permanente del psiquiatra de proteger al paciente incluye transmitirle de forma pormenorizada las consecuencias del suspender el privilegio de la privacidad. Esto puede suponer un problema cuando el paciente está siendo investigado por un agente gubernamental, cuando se presenta a un puesto de trabajo o cuando está implicado en un proceso judicial. Estos mismos principios deben aplicarse a la revelación de la información relativa al tratamiento a departamentos médicos de agencias gubernamentales, organizaciones comerciales, sindicatos y compañías de seguros. La información de los pacientes atendidos en un servicio de salud escolar, que ha sido comunicada en un marco de confianza, no puede ser divulgada sin el consentimiento explícito del estudiante.

3. Los materiales clínicos y no clínicos empleados en la docencia o en las comunicaciones escritas deben estar suficientemente modificados a fin de que quede preservado el anonimato de los individuos implicados.

4. La responsabilidad ética de preservar la confidencialidad se refiere igualmente a las consultas en las que el paciente no ha estado presente y en las que la persona que consultaba no era un médico. En estos casos, el médico asesor debe alertar a quien le consulta sobre su deber de confidencialidad.

5. Desde una perspectiva ética, el psiquiatra debe revelar únicamente la información relevante en una situación determinada. Debe evitar presentar las especulaciones como hechos. Las informaciones delicadas, como la orientación sexual o las fantasías, son generalmente innecesarias.

6. Los psiquiatras a menudo son requeridos para evaluar individuos por motivos de seguridad, para valorar su adecuación para un determinado trabajo y para establecer su competencia legal. El psiquiatra, al principio del examen debe describir la naturaleza, el propósito y la ausencia de confidencialidad de la evaluación al sujeto que va a ser evaluado.

7. El psiquiatra debe ponderar cuidadosamente el incluir, cuando es adecuado, a los padres o tutores en el tratamiento de un menor. Al mismo tiempo, el psiquiatra debe garantizar la adecuada confidencialidad relativa al menor.

8. En ocasiones, el psiquiatra puede valorar la necesidad de revelar información, confidencial, generada por el paciente, a fin de protegerle o de proteger a la comunidad de un peligro inminente.

9. Cuando el psiquiatra es obligado por un tribunal a revelar las confidencias que un paciente le haya confiado, puede aceptarlo o puede, éticamente, discrepar dentro del marco de la ley. Cuando el psiquiatra tenga dudas, el derecho del paciente a la confidencialidad y, por extensión, a que el tratamiento no sea perjudicado, deben ser prioritarios. El psiquiatra debe reservarse el derecho de preguntar sobre la necesidad de revelar la información. Si el tribunal demuestra la necesidad de revelar legalmente la información, el psiquiatra puede reservarse el derecho de revelar únicamente aquella información que es relevante para la cuestión legal de que se trate.

10. Siempre que se cuide la dignidad personal y la privacidad, y se haya obtenido el consentimiento informado, es éticamente correcto presentar a un paciente en una reunión científica, si la confidencialidad de la presencia es comprendida y aceptada por la audiencia.

11. Es correcto presentar a un paciente, actual o pasado, en una reunión pública o en los medios de comunicación, únicamente si el paciente ha sido plenamente informado de que la

pérdida de confidencialidad es completa, si es competente y si consiente por escrito sin coerción.

12. el contexto de una investigación financiada, un psiquiatra que actúe conforme a la ética debe comunicar a los sujetos participantes la fuente de financiación, conservar la libertad de revelar datos y resultados y seguir las directrices actuales relativas a la protección de quienes participan.

13. Los aspectos éticos de la práctica médica prohíben la evaluación psiquiátrica de aquellos individuos acusados penalmente antes de que hayan accedido o dispuesto de consejo legal. La única excepción es la asistencia de una persona con fines exclusivos de tratamiento médico.

14. La actividad sexual entre un profesor o supervisor y un estudiante o sujeto en formación, cuando se produce en situaciones en las que cabe un abuso de poder, a menudo se facilita por las desigualdades de la relación laboral y puede ser éticamente incorrecta por las siguientes causas:

- a)Cualquier tratamiento supervisado de los pacientes puede verse afectado.
- b)Puede dañar la relación de confianza entre profesor y alumno.
- c)Los profesores son modelos profesionales para sus alumnos y por tanto se puede ver afectada su conducta profesional futura.

SECCIÓN 5

Un médico debe continuar su formación, aplicar y promover el conocimiento científico, hacer llegar a los pacientes, los colegas y el público en general, la información relevante, y consultar los conocimientos de otros profesionales de la salud cuando esté indicado.

1. Los psiquiatras son responsables de su propia formación continuada y deben ser conscientes de que su vida debe ser una vida de aprendizaje.

2. Cuando ejercen su especialidad, los psiquiatras consultan, se asocian, colaboran o aportan su trabajo al de otros muchos profesionales, incluidos psicólogos, psicoevaluadores, trabajadores sociales, asesores en alcoholismo, asesores matrimoniales, enfermeras de salud pública, etc. Más aún, la práctica psiquiátrica moderna extiende sus contactos a maestros, empleados públicos, abogados, monitores, voluntarios y trabajadores de ayuda domiciliaria. Cuando se remite un paciente a cualquiera de estas personas para tratamiento, asesoría o rehabilitación, el psiquiatra debe asegurarse de que el profesional o paraprofesional con quien colabora es un miembro reconocido de su propia disciplina y es competente para llevar a cabo la tarea terapéutica requerida. El psiquiatra debe tener esa misma actitud con los miembros de la profesión médica a los que remite pacientes. Si alberga dudas sobre la preparación, la habilidad o la cualificación ética del colaborador, el psiquiatra no debe remitirle casos.

3. Cuando el psiquiatra asume el rol de colaborador o supervisor con otro trabajador de salud mental, debe emplear el tiempo necesario para garantizar que se da una asistencia adecuada. Es contrario a los intereses del paciente y de su asistencia el que se permita que se le utilice como testafarro.

4. En la relación entre psiquiatras y psicólogos clínicos, el médico no debe delegar en el psicólogo, y de hecho en ningún sujeto no médico, aspectos que requieran la aplicación de un juicio profesional médico.

5. El psiquiatra debe aceptar la solicitud de “segunda opinión” por parte de un paciente, o por parte de la familia cuando el paciente es menor o incapaz. El psiquiatra puede sugerir profesionales o consultar, pero debe otorgar al paciente o a la familia la libertad de elegir. Si el psiquiatra desaprueba la cualificación profesional del consultor o si se produce una diferencia de opinión que el terapeuta principal no puede resolver, puede, tras explicarlo

adecuadamente, retirarse del caso. Si el desacuerdo se produce dentro de una institución o en el marco de una agencia, deberá resolverse por mediación o arbitraje de las autoridades profesionales de mayor rango dentro de ellas.

SECCIÓN 6

Un médico, a fin de proporcionar al paciente una asistencia adecuada, debe, salvo urgencia, ser libre de elegir para quien trabaja, con quien se asocia y el entorno en el que desea desarrollar su ejercicio médico.

1. Los médicos generalmente suscriben que la relación médico-paciente es un factor tan vital en el tratamiento efectivo de un paciente, que preservar las condiciones óptimas para que se desarrolle una relación de trabajo sólida entre un médico y su paciente debe prevalecer sobre otras consideraciones. La cortesía profesional puede conllevar una asistencia psiquiátrica insuficiente a los médicos y a sus familias, por el azoramiento que causa la ausencia de un contrato equilibrado.

2. Un psiquiatra éticamente correcto debe rechazar el aplicar un tratamiento psiquiátrico a una persona que, según su opinión, no padezca una enfermedad mental susceptible de tratamiento.

SECCIÓN 7

Un médico debe asumir la responsabilidad de participar en aquellas actividades que contribuyan a mejorar la comunidad.

1. Los psiquiatras deben fomentar la colaboración de aquellos legítimamente implicados en los aspectos médicos, psicológicos, sociales y legales de la salud y la enfermedad mental. Los psiquiatras deben servir a la sociedad aconsejando y colaborando con las ramas ejecutiva, legislativa y judicial del gobierno. Un psiquiatra debe clarificar si habla individualmente o si representa a una organización. Más aun, los psiquiatras deben evitar el apoyar sus manifestaciones públicas con la autoridad de la profesión (por ejemplo, “los psiquiatras sabemos que...”).

2. Los psiquiatras pueden interpretar y compartir con la población sus experiencias en los variados problemas psicosociales que afectan a la enfermedad y a la salud mental. Los psiquiatras deben ser conscientes de la diferencia entre su papel como ciudadanos implicados y su papel como expertos en medicina psicológica.

3. A veces se pregunta a los psiquiatras sobre un sujeto que se encuentra en el centro de la atención pública, o que ha revelado información sobre sí mismo en los medios de comunicación. En estas circunstancias, un psiquiatra puede compartir con el público su experiencia sobre los problemas psiquiátricos en general. Sin embargo, resulta éticamente incorrecto que el psiquiatra ofrezca una opinión personal sobre un individuo específico a menos que haya llevado a cabo una evaluación y que haya obtenido la preceptiva autorización para realizar esas afirmaciones.

4. El psiquiatra sólo puede permitir que su certificación profesional sea utilizada para el tratamiento involuntario de una persona tras haberla examinado. Para ello, es necesario que establezca que esa persona, a causa de una enfermedad mental, no puede juzgar adecuadamente cuáles son sus mejores intereses y que, sin tratamiento, es probable que se produzca un perjuicio para ella o para otros.

PRINCIPIOS PARA LA PROTECCIÓN DE LOS ENFERMOS MENTALES Y PARA EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Aplicación

Los presentes principios serán aplicados sin discriminación alguna por razones de invalidez, raza, color, sexo, lengua, religión, opiniones políticas u otras, origen nacional étnico o social, estado legal o situación social, edad, patrimonio o nacimiento.

Definiciones

En los principios presentes:

- a) “Asesor legal” significa un representante legal u otra persona cualificada;
- b) “Autoridad independiente” significa una autoridad competente e independiente prescrita por la legislación interna;
- c) “Atención de la salud mental” comprende el análisis y el diagnóstico del estado mental de una persona, así como el tratamiento, cuidado y rehabilitación respecto de una enfermedad mental real o presunta;
- d) “Institución psiquiátrica” designa cualquier establecimiento o dependencia del mismo, cuya función primaria consiste en proporcionar atención a la salud mental;
- e) “Profesional de salud mental” designa a un médico, un psicólogo clínico, una enfermera, un asistente social u otra persona calificada y debidamente capacitada con la pericia necesaria para la atención de la salud mental;
- f) “Paciente” significa la persona que recibe atención psiquiátrica, así como todas las personas que son admitidas en un establecimiento psiquiátrico;
- g) “Representante personal” significa la persona que tiene, de acuerdo con la ley, el deber de representar los intereses del paciente en cualquier situación determinada, o de ejercer derechos específicos en nombre del paciente. Ese concepto abarca además a los padres o al tutor legal de los menores, salvo que la legislación interna lo establezca de otra manera;
- h) “Órgano de control” designa al órgano establecido de acuerdo con el principio 17 para la revisión de la admisión o la retención involuntaria de un paciente en una institución psiquiátrica.

Cláusula de restricción general

El ejercicio de los derechos expuestos en los presentes principios pueden estar sujetos solamente a restricciones prescritas legalmente y que son necesarias para proteger la salud o seguridad de la persona aludida o de otras, o también para proteger la seguridad pública, el orden, la salud o la moral o los derechos y libertades fundamentales de terceros.

Principio 1.

Libertades y derechos fundamentales

1. Todas las personas tienen el derecho a la mejor atención psiquiátrica posible que debe ser parte del sistema de atención sanitaria y social.

2. Todas las personas con enfermedad mental o a quienes se les trata por esa causa deben ser atendidas con humanidad y respeto por la dignidad inherente a la persona humana.

3. Todas las personas con enfermedad mental o a quienes se les trata por esa causa, tienen el derecho a ser protegidas contra la explotación económica, sexual o de otra índole y el maltrato físico y otro trato degradante.

4. No se hará discriminación por razones de enfermedad mental. La “discriminación” implica cualquier distinción, exclusión o diferencia que tenga el efecto de anular o destruir un goce igualitario de los derechos. No se considerarán discriminatorias las medidas especiales que se adoptan solamente para proteger los derechos, o para asegurar la mejoría de las personas con enfermedad mental. La discriminación no debe implicar ninguna distinción, exclusión o preferencia, prevista de acuerdo con las disposiciones de los presentes principios y necesarias para proteger los derechos de una persona con enfermedad mental, o los otros individuos.

5. Toda persona con enfermedad mental tendrá el derecho a ejercer todos los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, como está reconocido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (11), el Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (12), el Convenio Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos (13), y en otros documentos pertinentes, como lo son la Declaración de los Derechos de las Personas Discapacitadas (14), y el Conjunto de los Principios para la Protección de todas las Personas que se hallan bajo cualquier Forma de Detención o Prisión (15).

6. Toda decisión acerca de que, por razones de su enfermedad mental, una persona carece de capacidad legal y cualquier decisión de que, a raíz de esa incapacidad, deba nombrársele un representante personal, se tomará solamente después de realizar una justa audiencia ante un tribunal independiente e imparcial establecido por la legislación interna. La persona cuya capacidad está en duda debe tener derecho a ser representada por un asesor legal. Si la persona cuya capacidad está en duda no está en condiciones de procurarse esa representación, se le designará ésta gratuitamente en la medida en que el paciente no tenga los medios suficientes para pagarla. El asesor no debe representar en el mismo procedimiento a la institución psiquiátrica o a su personal, y tampoco representará a un miembro de la familia de la persona cuya capacidad está en duda, a menos que el tribunal reconozca que no hay conflicto de intereses. Las decisiones referentes a la capacidad y a la necesidad de tener un representante personal deben ser revisadas a intervalos razonables, prescritos por la legislación interna. La persona cuya capacidad está en duda, su representante personal, si tiene alguno, y cualquier otra persona interesada tendrán el derecho de apelar esa decisión ante una instancia más alta.

7. Cuando una corte u otro tribunal competente decide que una persona que padece una enfermedad mental es incapaz de manejar sus propios asuntos, se deberán tomar medidas hasta donde sea necesario y apropiado al estado de esa persona, para asegurar la protección de sus intereses.

Principio 2

Protección de menores

De acuerdo con los propósitos de los principios y en el marco de la legislación interna relacionada con la protección de un menor, se deberá tener un especial cuidado en proteger los derechos de menores, designándoles si fuera necesario un representante personal que no sea un miembro de la familia.

Principio 3

La vida en la comunidad

Toda persona que padezca una enfermedad mental tendrá derecho a vivir y trabajar, en la medida de lo posible, en la comunidad.

Principio 4

Determinación de la enfermedad mental

1. La determinación de que una persona padece una enfermedad mental se hará de acuerdo con las normas médicas internacionalmente aceptadas.

2. La determinación de una enfermedad mental nunca debe hacerse considerando su situación política, económica o social, o su pertenencia a un grupo cultural, racial o religioso, o por ninguna otra razón que no sea directamente pertinente a su estado de salud mental.

3. El conflicto familiar o profesional, o el desacuerdo con los valores morales, sociales, culturales o políticos o las creencias religiosas que prevalecen en la comunidad de la persona, nunca deben ser un factor determinante en el diagnóstico de la enfermedad mental.

4. Los antecedentes de un tratamiento u hospitalización pasados de una persona en calidad de paciente no justifican por sí mismos ninguna determinación presente o futura de una enfermedad mental.

5. Ninguna persona ni autoridad puede clasificar a un individuo como enfermo mental (o, dicho de otro modo, indicar que el individuo padece una enfermedad mental) salvo que sea con propósitos directamente relacionados con la enfermedad mental o con las consecuencias de ésta.

Principio 5

Examen médico

Ninguna persona puede ser obligada a someterse a un examen médico con miras a determinar si padece una enfermedad mental, salvo que se haga de acuerdo con un procedimiento autorizado por la legislación nacional.

Principio 6

Confidencialidad

Debe respetarse el derecho de confidencialidad de la información referente a todas las personas a quienes se aplican los presentes principios.

Principio 7

La función de la comunidad y de la cultura

1. Todo paciente debe tener el derecho a ser tratado y atendido, en la medida de lo posible, en la comunidad en la que vive.

BIOÉTICA Y PSIQUIATRÍA. LOURDES MENDIBURU.

2. Cuando el tratamiento se lleva a cabo en una institución psiquiátrica, el paciente tendrá derecho, cuando sea posible, a ser tratado cerca de su domicilio o del de sus parientes o amigos, y tendrá el derecho a volver a la comunidad tan pronto como sea posible.

3. Todo paciente tendrá derecho a un tratamiento adecuado a sus antecedentes culturales.

Principio 8

Normas de atención

1. Todo paciente tendrá derecho a recibir una atención médica y social que corresponda a las necesidades de su salud y a ser atendido y tratado de acuerdo con las mismas normas que los otros enfermos.

2. Todo paciente será protegido contra daños, incluso contra una medicación injustificada, contra los malos tratos por parte de otros pacientes, del personal o de otras personas, u otros actos que causen angustia psíquica o malestar físico.

Principio 9

Tratamiento

1. Todo paciente tendrá derecho a ser tratado en las condiciones menos restrictivas posibles y con un tratamiento lo menos restrictivo o invasivo posible, que corresponda a sus necesidades de salud y a la necesidad de brindar protección física a terceros.

2. El tratamiento y la atención a cada paciente se basarán en un plan individualmente elaborado, que se discute con el paciente, se controla con regularidad, se revisa en la medida de lo necesario, y que imparte un personal profesional calificado.

3. Se brindará siempre la atención psiquiátrica conforme a las normas de ética aplicables a los profesionales de la salud mental, incluso las normas aceptadas internacionalmente, como los Principios de Ética Médica pertinentes a la función del personal de la salud, en particular los médicos, para la protección de presos y detenidos contra la tortura y otros tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes adoptados por la Asamblea General de las Naciones Unidas (16). Nunca debe abusarse de los conocimientos y técnicas psiquiátricas.

4. El tratamiento de todo paciente debe orientarse a preservar y mejorar la autonomía personal.

Principio 10.

Medicación

1. La medicación debe satisfacer las necesidades de la óptima salud de los pacientes, debe administrárseles solamente con propósitos terapéuticos o diagnósticos y nunca como castigo o para conveniencia de terceros. De acuerdo con las disposiciones del párrafo 15 del Principio II, los profesionales de la salud mental deben administrar solamente una medicación de eficacia demostrada.

2. Toda la medicación debe ser prescrita por un profesional de la salud mental, autorizado legalmente, y debe ingresar en la documentación del paciente.

Principio 11.

Consentimiento para el tratamiento

BIOÉTICA Y PSIQUIATRÍA. LOURDES MENDIBURU.

1. No se dará al paciente ningún tratamiento sin tener su consentimiento informado salvo en los casos previstos en los párrafos 6, 7, 8, 13 y 15 del presente Principio.

2. El consentimiento informado es un consentimiento obtenido libremente, sin amenazas ni imposiciones, después de habersele revelado al paciente en una forma adecuada y comprensible y en un lenguaje que él entienda:

- a) La evaluación diagnóstica;
- b) El propósito, el método, la duración probable y el beneficio esperado del tratamiento propuesto;
- c) Las formas alternativas de tratamiento, incluso las menos invasivas;
- d) Los posibles dolores o malestares, riesgos y efectos colaterales del tratamiento propuesto.

3. Un paciente puede requerir la presencia de una o más personas durante el procedimiento seguido para otorgar su consentimiento.

4. Un paciente tiene el derecho a rehusar o interrumpir un tratamiento salvo como está previsto en los párrafos 6, 8, 13 y 15 del presente Principio. Se debe explicar al paciente las consecuencias de rehusar o interrumpir el tratamiento.

5. Nunca se debe invitar a un paciente o inducirlo a renunciar al derecho al consentimiento informado. Si el paciente procurara hacerlo, se le explicará que no se puede administrar el tratamiento sin su consentimiento informado.

6. Salvo lo previsto en los párrafos 6, 7, 8, 12, 13, 14, y 15 del presente Principio se puede administrar el plan de tratamiento propuesto, sin el consentimiento informado del paciente, si se satisfacen las siguientes condiciones:

- a) En el momento pertinente, el paciente se encuentra en la situación de paciente involuntario;
- b) Una autoridad independiente que tenga en su poder la correspondiente información, incluso la especificada en el párrafo 2 del presente Principio, reconoce que en el momento pertinente, el paciente carece de la capacidad de dar o negar un consentimiento informado al plan de tratamiento propuesto o, si la legislación interna lo dispone, reconoce que en consideración a la seguridad personal del paciente y a la de otras personas, el paciente se niega irracionalmente a dar ese consentimiento;
- c) La autoridad independiente reconoce que el plan de tratamiento propuesto sirve al supremo interés de las necesidades de salud del paciente.

7. El párrafo anterior 6 no se aplica a un paciente que tiene un representante personal con poder legal para consentir el tratamiento; sin embargo, salvo lo previsto en los párrafos 12, 13, 14 y 15 del presente Principio, el tratamiento se puede proporcionar a ese paciente sin tener su consentimiento informado, si el representante personal habiendo recibido la información descrita en el párrafo 2 del presente Principio consiente en nombre del paciente.

8. Salvo lo previsto en los párrafos 12, 13, 14, y 15 del presente Principio, también puede administrarse el tratamiento a cualquier paciente, sin su consentimiento informado, si un profesional de la salud mental calificado y autorizado legalmente determina que ello es urgentemente necesario a fin de prevenir que se inflija un daño inminente al paciente o a terceros. Ese tratamiento no se prolongará más allá del período estrictamente necesario para

ese propósito.

9. Cuando se autoriza cualquier tratamiento sin el consentimiento informado del paciente se deberá hacer sin embargo el máximo esfuerzo para informar al paciente acerca de la naturaleza del tratamiento y de cualquier otro tratamiento posible, y de hacer participar al paciente, en cuanto sea posible, en la aplicación del plan de tratamiento.

10. Todo el tratamiento debe ser registrado inmediatamente en la historia clínica del paciente con una indicación de si es involuntario o voluntario.

11. No se empleará restricción física o reclusión involuntaria de un paciente salvo que esto se haga de acuerdo con los procedimientos oficialmente aprobados del establecimiento psiquiátrico y solamente cuando sea el único medio disponible para prevenir daños inmediatos o inminentes al paciente o a terceros. No se prolongará más allá del período, estrictamente necesario para esta finalidad. Todas las instancias de restricción física o reclusión involuntaria, sus motivos y su naturaleza y duración deben ser registrados en la historia clínica del paciente. Un paciente que está físicamente restringido o recluso deberá mantenerse en condiciones humanas y con el cuidado y una supervisión regular y rigurosa provista por miembros calificados del personal. Un representante personal, si lo hay y si es relevante, deberá recibir una rápida notificación sobre cualquier restricción o reclusión compulsiva a la que fuera sometido el paciente.

12. Nunca se deberá llevar a cabo una esterilización como tratamiento de la enfermedad mental.

13. Una intervención médica o quirúrgica mayor puede llevarse a cabo sobre una persona que padece una enfermedad mental solamente cuando lo permita la legislación interna y cuando se considere que ello servirá mejor a las necesidades de salud del paciente y si el paciente da el consentimiento informado; si el paciente está incapacitado para dar ese consentimiento, el procedimiento se autorizará solamente después de una revisión independiente de la cuestión.

14. La psicocirugía y otros métodos de tratamiento invasivo y de consecuencias irreversibles para las enfermedades mentales nunca deberán llevarse a cabo en un enfermo que sea un paciente involuntario y que se encuentre en una institución psiquiátrica pero, en la medida en que las leyes internas lo permitan, pueden llevarse a cabo en cualquier otro paciente, solamente cuando éste haya dado su consentimiento informado, y un órgano externo independiente" haya reconocido que existe el consentimiento informado y que el tratamiento es el que más conviene a las necesidades del paciente.

15. Los ensayos clínicos y el tratamiento experimental nunca deben llevarse a cabo en ningún paciente sin tener su consentimiento informado; sin embargo, a un paciente, que es incapaz de dar un consentimiento informado, se le pueden aplicar ensayos clínicos y un tratamiento experimental, pero solamente con la aprobación de un órgano de control, independiente y competente, creado especialmente con este fin.

16. En los casos especificados en los párrafos 6, 7, 8, 13, 14 y 15 del presente Principio el paciente o su representante personal, o cualquier persona interesada, tendrán el derecho de apelar ante una autoridad judicial u otras independientes con referencia a cualquier tratamiento recibido.

Principio 12.

Información sobre los derechos

1. Un paciente recluido en una institución psiquiátrica será informado, tan pronto como sea posible después de su admisión, en una forma y en un lenguaje que el paciente pueda comprender, de sus derechos de acuerdo con los presentes Principios y según la legislación interna, y esa información deberá incluir una explicación de sus derechos y de cómo hay que ejercerlos.

2. Si el paciente es incapaz de comprender esa información, y mientras ese estado persista, los derechos del paciente serán comunicados a su representante personal-si lo tuviere y si se le dieron poderes para actuar en ese caso- y a una persona o personas que puedan representar mejor los intereses del paciente y estén dispuestas a hacerlo.

3.El paciente que posee la capacidad necesaria tiene el derecho de nombrar a una persona que será notificada en su nombre, así como a una persona que represente sus intereses ante las autoridades del establecimiento.

Principio 13.

Derechos del paciente y condiciones en las instituciones psiquiátricas

1. Todo paciente de una institución psiquiátrica debe tener en particular el derecho a merecer el respeto en cuanto a:

- a) Reconocimiento en todas partes como persona ante la ley;
- b) Intimidad;
- c) Libertad de comunicación que implica libertad para comunicarse con otras personas en el establecimiento; libertad para enviar y recibir comunicaciones privadas no censuradas; libertad para recibir, en privado, visitas del asesor o del representante personal y en cualquier momento razonable, otras visitas; y libertad para acceder a los servicios postales y telefónicos y a los periódicos, radio y televisión;
- d) Libertad de religión o credo.

2. El ambiente y las condiciones de vida en los establecimientos de salud mental deben ser tan parecidos como sea posible a los de la vida normal de las personas de edad similar y, en particular, deben incluir:

- a) Instalaciones para actividades recreativas y de ocio;
- b) Instalaciones para la educación;
- c) Instalaciones para comprar o recibir productos de la vida cotidiana, de recreo y de comunicación;
- d) Instalaciones y facilidades para usarlas a fin de alentar al paciente a que realice una ocupación activa, adecuada a sus antecedentes sociales y culturales, y a fin de que se tomen medidas de rehabilitación vocacionales correspondientes para promover la reintegración en la comunidad. Esas medidas deben incluir una orientación vocacional, un entrenamiento vocacional y un servicio de búsqueda de trabajo para ayudar a los pacientes a conseguir o conservar un empleo en la comunidad.

3. En ninguna circunstancia un paciente deberá hacer un trabajo obligatorio. Dentro de

los límites compatibles con las necesidades del paciente y con los requerimientos de la administración institucional, un paciente podrá elegir el tipo de trabajo que desea realizar.

4. No debe explotarse la labor de un paciente en una institución psiquiátrica. Todo paciente tendrá el derecho de recibir la misma remuneración por cualquier trabajo que realice, como la que sería pagada por ese trabajo a un no-paciente, de acuerdo con la legislación o a costumbres internas. En cualquier caso todo paciente tendrá el derecho de recibir una justa participación de cualquier remuneración que se pague al establecimiento de salud mental por el trabajo que el paciente haya realizado.

Principio 14.

Recursos de las Instituciones psiquiátricas

1. Las instituciones psiquiátricas deberán tener acceso a los recursos del mismo nivel como cualquier otro establecimiento sanitario y, en particular, a:

- a) Un personal médico calificado y otros profesionales en número suficiente y con el espacio adecuado para proporcionar a cada paciente intimidad y un programa de terapia activa y adecuada;
- b) Equipos de diagnóstico y terapia para cada paciente;
- c) Cuidado profesional adecuado;
- d) Tratamiento global regular y adecuado, incluso suministro de medicación

2. Todas las Instituciones psiquiátricas deben ser inspeccionadas por autoridades competentes con la suficiente frecuencia para garantizar que las condiciones, trato y atención cumplan con los presentes principios.

Principio 15.

Principios de admisión

1. Cuando una persona precisa tratamiento en una institución psiquiátrica se deberán hacer todos los esfuerzos posibles para evitar una admisión forzosa.

2. El acceso a una institución psiquiátrica debe ser administrado de la misma manera que un acceso a cualquier otro establecimiento por cualquier otra enfermedad.

3. Todo paciente que no haya sido admitido involuntariamente tendrá derecho a abandonar el establecimiento en cualquier momento, siempre que no se le apliquen los criterios sobre su retención como paciente involuntario, expuestos en el Principio 16; el paciente debe ser informado de ese derecho.

Principio 16. Admisión forzosa

1. Una persona puede ser admitida en una institución psiquiátrica como paciente involuntario o, habiendo sido admitido voluntariamente como paciente, puede ser retenido involuntariamente en dicha institución si, y sólo si, un profesional de salud mental calificado y autorizado legalmente a este fin, determina, de acuerdo con el Principio 4 mencionado, que la persona padece una enfermedad mental y considera:

- a) Que, debido a la enfermedad mental, hay una seria probabilidad de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros; o

b) Que en el caso de que una persona cuya enfermedad mental es grave y cuyo juicio está afectado, la no internación o retención de esa persona puede conducir con mucha probabilidad a un grave deterioro de su estado o impedir darle el tratamiento apropiado que sólo puede aplicársele internándola en una institución psiquiátrica mental de acuerdo con el principio de la alternativa menos restrictiva.

En el caso mencionado en el punto (b) deberá consultarse, cuando sea posible, a un segundo profesional de salud mental, independiente del primero. Si se realiza esa consulta, puede ocurrir que no se practique la internación o la retención, a menos que el segundo profesional de salud mental concuerde con el primero.

2. Una admisión o retención involuntaria debe hacerse inicialmente por un corto período, como lo especifica la legislación interna, para una observación y tratamiento preliminares hasta que el órgano de control decida el problema de la internación o la retención. Los motivos para la admisión deben ser comunicados al paciente sin demora y el hecho de la admisión y los motivos de la misma deberán comunicarse pronto y en detalle al órgano de control, al representante personal del paciente, si lo hay, y, a menos que el paciente lo objete, a su familia.

3. Una institución psiquiátrica puede recibir pacientes involuntarios solamente cuando haya sido destinada a ese efecto por una autoridad competente, prescrita por la legislación interna.

Principio 17.

Órgano de control

1.El órgano de control debe ser un órgano judicial u otro órgano independiente e imparcial, instituido por la legislación y funcionando de acuerdo con procedimientos establecidos por dicha legislación. Al formular sus decisiones, ese órgano recibirá la cooperación de uno o más profesionales de salud mental independientes y calificados y tomará en cuenta sus consejos.

2.El órgano de control hará la revisión inicial, como lo requiere el parágrafo 2 del Principio 16, de la decisión de admitir o retener a una persona como paciente involuntario tan pronto como sea posible después de haber sido adoptada la decisión y la llevará a cabo conforme a procedimientos sencillos y expeditivos como lo especifica la legislación nacional.

3.El órgano de control revisará periódicamente los casos de pacientes involuntarios a intervalos razonables como lo especifica la legislación nacional.

4.Un paciente involuntario puede solicitar al órgano de control que le den de alta o lo pasen' al estado de paciente voluntario, a intervalos razonables como lo especifica la legislación nacional.

5.En cada revisión, el órgano de control considerará si los criterios para la admisión forzosa expuestos en el parágrafo 1 del Principio 16 siguen cumpliéndose, y si no, el paciente será dado de alta como paciente involuntario.

6.Si en cualquier momento el profesional de la salud mental, responsable del caso reconoce que las condiciones para la retención de una persona como paciente involuntario ya no se cumplen, el profesional dará la orden de que se le dé de alta como paciente involuntario.

7. Un paciente o su representante personal, o cualquier persona interesada, tendrá derecho a apelar ante una instancia más alta de la decisión de admitir al paciente o de retenerlo.

Principio 18.

Garantías de los procedimientos

1. El paciente tendrá el derecho a elegir y designar a un asesor legal que lo represente en calidad de paciente, incluso para que lo represente en cualquier queja o apelación. Si el paciente no puede conseguir esos servicios, se le designará un asesor sin que el paciente deba pagar, en la medida en que carezca de los medios suficientes para hacerlo.

2. El paciente también tendrá derecho, si es necesario, a los servicios de un intérprete. Cuando esos servicios sean necesarios y el paciente no pueda hacerse cargo de ellos, se le facilitarán sin que el paciente tenga que retribuirlos, en la medida en que éste carezca de los medios suficientes para pagar.

3. El paciente y el asesor del paciente pueden requerir y presentar en cualquier audiencia un informe independiente de salud mental y cualesquiera otros informes, ya sea orales o escritos y otras pruebas que sean pertinentes y aceptables.

4. Se le darán al paciente o al asesor del paciente, copias de los registros y de cualesquiera informes y documentos para ser presentados, con excepción de los casos en los que se determine que revelar al paciente ciertos datos ocasionaría un grave daño a su salud o pondría en peligro la seguridad de otras personas. La legislación interna puede prever que cualquier documento, no entregado al paciente debe proporcionarse, si eso se puede hacer en forma confidencial, al representante personal o al asesor del paciente. Cuando no se le entrega parte de un documento al paciente el propio paciente o su asesor, si lo tiene, serán informados sobre la retención del documento y la razón de esa decisión, que estará sujeta a una revisión judicial.

5. El paciente, su representante personal y el asesor deben tener el derecho de asistir personalmente a una audiencia y participar y ser oídos en ella.

6. Si el paciente o el representante personal del paciente o el asesor requieren que una persona particular esté presente en una audiencia, se deberá admitir a esa persona, a menos que se determine que su presencia pueda causar un grave daño a la salud del paciente o arriesgar la seguridad de terceros.

7. En toda decisión sobre si la audiencia o una parte de ella deba ser pública o privada y pueda tener difusión pública, deben merecer plena consideración los propios deseos del paciente, la necesidad de respetar su intimidad y la de otras personas y la necesidad de evitar graves daños a la salud del paciente o evitar que corra peligro la seguridad de terceros.

8. La decisión que surja de la audiencia y sus motivaciones deben expresarse por escrito. Se entregarán copias al paciente y a su representante personal y al asesor. Al decidir si la decisión será publicada en su totalidad o en parte, se tomarán en cuenta los propios deseos del paciente, la necesidad de respetar su vida privada y la de otras personas, el interés público en la administración abierta de la justicia y la necesidad de prevenir daños graves a la salud del paciente y de evitar poner en riesgo la seguridad de terceros.

Principio 19.

Acceso a la Información

1. Un paciente (término que en el presente Principio incluye a ex pacientes) tendrá derecho a tener acceso a la información concerniente a su salud y a los datos personales registrados en la institución psiquiátrica. Este derecho puede ser objeto de reflexión a fin de prevenir daños graves a la salud del paciente o de evitar arriesgar la seguridad de los demás. De acuerdo con lo previsto en la legislación interna, cualquier información de este tipo que no se haya entregado al paciente, se debe proporcionar a su representante personal y al asesor cuando eso puede hacerse con carácter confidencial. Cuando cualquier parte de la información no se da al paciente, éste o su asesor, si lo tiene, será informado sobre la retención y las razones en las que se basa, y la decisión será objeto de revisión judicial.

2. Cualquier comentario escrito por el paciente o por su representante o el asesor deberá incorporarse, a petición suya, en el expediente del paciente.

Principio 20.

Delincuentes

1. El presente Principio se aplica a las personas que cumplen sentencia de prisión por delitos penales, o que están detenidas por otras razones durante la instrucción penal o bajo investigación, y que, según se determinó, o se sospecha, padecen una enfermedad mental.

2. Todas esas personas deberán recibir el máximo cuidado posible para su enfermedad mental, como está previsto en el Principio I antedicho. Los presentes Principios deben ser aplicados en su mayor amplitud, con las únicas modificaciones y excepciones que sean necesarias en determinadas circunstancias. Ninguna modificación ni excepción debe infringir los derechos de la persona, expuestos en los documentos que figuran en el parágrafo 5 del Principio 1 antedicho.

3. La legislación interna puede autorizar a un tribunal o a otra autoridad competente - que actúa sobre la base de consultas médicas competentes e independientes- a que ordene que esas personas sean internadas en una institución psiquiátrica.

4. El tratamiento de las personas en quienes se determinó una enfermedad mental deberá concordar en cualquier circunstancia con el Principio 11 mencionado anteriormente.

Principio 21.

Quejas

Todo paciente y ex paciente tiene el derecho a presentar una queja mediante los procedimientos especificados en la legislación nacional.

Principio 22.

Inspección y recursos

Los Estados deben asegurar el funcionamiento de los mecanismos correspondientes para propiciar el cumplimiento de los presentes Principios, inspeccionar las instituciones psiquiátricas, presentar, investigar y resolver las quejas y establecer procedimientos disciplina-

rios o judiciales adecuados en caso de mala práctica o violación de los derechos de los pacientes.

Principio 23.

Instrumentación

1. Los Estados deben instrumentar los presentes Principios aplicando medidas legislativas, judiciales, administrativas, educacionales y otras que deberán revisar periódicamente.

2. Los Estados deberán hacer conocer lo más ampliamente posible los presentes Principios.

Principio 24.

Alcance de los principios referentes a las Instituciones psiquiátricas

Los presentes Principios se aplican a todas las personas que ingresan en una institución psiquiátrica.

Principio 25.

Resguardo de los derechos existentes

No habrá restricción ni derogación de los derechos existentes de los pacientes, entre ellos de los derechos reconocidos en la legislación internacional o nacional, so pretexto de que los presentes Principios no reconocen esos derechos o que los reconocen en un grado menor.

(1) Resolución 217 (III)

(2) Ver la Declaración para la Protección de todas las Personas Sujetas a Tortura y otro Trato o Castigo Cruel Inhumano o Degradante (Asamblea General Resolución 3452 (XXX), anexo), artículo I que manifiesta:

«1. Para el propósito de esta Declaración, la tortura significa cualquier acto que se inflija intencionadamente y produzca un dolor fuerte o padecimiento, ya sea físico o mental, por o a instigación de un funcionario oficial en una persona con el propósito de obtener de ese individuo, o de una tercera persona información o confesión, castigarlo por un acto que ha cometido o que se sospecha que haya cometido o intimidar a esa u otras personas. No incluye el dolor o el padecimiento que surja únicamente de sanciones legales, inherentes o Incidentales, que sean compatibles con las Reglamentaciones Estándares Mínimas para el Trato a Prisioneros».

«2. La tortura constituye una forma agravada y deliberada de trato o castigo cruel, inhumano o degradante». El artículo 7 de la Declaración manifiesta:

«Todos los Estados garantizarán que todos los actos de tortura definidos en el artículo I son delitos por legislación penal. Lo mismo se refiere a los actos que constituyen participación, complicidad, instigación o tentativa para cometer torturas».

(3) En particular, la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Asamblea General Resolución 217 A (III), los Acuerdos Internacionales sobre Derechos Humanos (Asamblea General Resolución 2200 A (XXI), anexo), la Declaración de la Protección a todas las Personas contra la Tortura y otro Trato o Castigo Cruel, Inhumano o Degradante (Asamblea General Resolución 3452 (XXX), anexo), y las Reglamentaciones Estándares Mínimas para el Trato de Presos (Primer Congreso de las

BIOÉTICA Y PSIQUIATRÍA. LOURDES MENDIBURU.

Naciones Unidas sobre la Prevención del Crimen y el Trato a los Delincuentes: Informe de la Secretaría (publicación de Naciones Unidas, Venta No. 1956.IV.4), anexo I.A).

(4) Resolución 217 A (III). (5) Ver Resolución 2200 A (XXI), anexo. (6) Ver Resolución 2200 A (XXI), anexo. (7) Resolución 3447 (XXX).

(8) Resolución 43/173, anexo.

(9) Ver Registros Oficiales del Consejo Económico y Social, 1991, Suplemento No 2 (E/1991/22),

Capítulo 11, sección A.

(10) A/46/421.

(11) Resolución 217 A (III).

(12) Ver Resolución 2200 A (XXI), anexo.

(13) Ver Resolución 2200 A (XXI), anexo.

(14) Resolución 3447 (XXX).

(15) Resolución 43/173, anexo.

(16) Resolución 37/194, anexo.