

CUADERNOS DE **P**SIQUIATRIA **COMUNITARIA**

Vol. 1, número 2, 2001



ETICA Y **L**EY

Víctor Aparicio Basauri
(Compilador)

Consejo de redacción: Víctor Aparicio Basauri, José Filgueira Lois, Juan José Martínez Jambrina, Alberto Durán Rivas

© *Copyright 2001:* Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental-Profesionales de la Salud Mental (Asociación Española de Neuropsiquiatría) Camino de Rubín s/n. Edificio Teatinos - 33011 Oviedo.

e-mail: aenasturias@hotmail.com
www.telecable.es/personales/aenasturias

Ilustración de la cubierta: Las vacaciones de Hegel.Magritte (1958). Colección privada

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin la autorización por escrito del titular del Copyright.

N.º ejemplares: 750

Depósito Legal: AS - 3.607 - 01

ISSN: 1578/9594

Impresión: Imprenta Goymar, S.L. - Padre Suárez, 2 - Oviedo

Periodicidad: Semestral

Los autores son responsables de la opinión que libremente exponen en sus artículos

SUMARIO

Vol. 1 - Núm. 2 - 2001

Presentación	93
.....	
Consentimiento Informado en la práctica de salud mental	94
<i>M^a E. Díez Fernández</i>	
Legislación asistencial psiquiátrica española	100
<i>A.E. Sánchez Gutiérrez y V. Aparicio Basauri</i>	
Tratamiento sustitutorio y medidas de seguridad	107
<i>J. A. Soto-Jove Fernández</i>	
Legislación, derechos humanos y trastorno mental	113
<i>A. Roig Salas</i>	
Conflictos y dilemas éticos en la atención psiquiátrica	122
<i>F. Santander y M. Hernanz</i>	
Ética y sanidad: experiencia en el hospital central de Asturias	140
<i>A. Pérez Arias, A. Álvarez Barcia, R. Álvarez Suárez y M. O. Alcelay Laso</i>	
Congresos	146
Revistas	148
Normas de publicación	150

PRESENTACIÓN

Este número de Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria recoge los manuscritos de las intervenciones en el seminario de “Ley y Ética en salud mental”, que se celebró dentro del 3^{er} curso de psiquiatría y salud mental y que organizó la Asociación Asturiana de Neuropsiquiatría y Salud Mental” (AEN) a finales de 1999 , en el Aulario del Servicio de Salud de Asturias (SESPA).El número anterior recogía el seminario (“Adicciones”) de este curso.

El Consentimiento informado en la práctica de salud mental

M. Eugenia Díez Fernández

*Psicóloga. Jefe de Estudios
Servicios de Salud mental. Asturias*

INTRODUCCIÓN

La aplicación de la teoría del consentimiento informado en la práctica sanitaria constituye un fenómeno bastante reciente. Surge en los Estados Unidos, en la década de los sesenta, en el contexto del amplio movimiento de reivindicaciones de los derechos civiles. Este movimiento repercute en el ámbito sanitario, al menos de dos formas distintas (Simón y Concheiro, 1993).

En primer lugar, impulsa la reivindicación de la carta de derechos de los enfermos, siendo el consentimiento informado uno de los más importantes. La primera carta de derechos es aprobada en 1973 por la Asociación Americana de Hospitales. Sus principios fundamentales han sido posteriormente aceptados por todos los países occidentales.

En segundo lugar, pone en crisis el modelo tradicional de relación médico-paciente, caracterizado por lo que los bioeticistas llaman el principio de beneficencia, es decir, realizar lo mejor en beneficio del paciente, y en el que éste era considerado como incapaz de tomar decisiones sobre sí mismo.

Frente a este modelo surge otro que pone el acento en la autonomía de los propios pacientes y su objetivo es integrar el consentimiento informado en la relación médico-paciente, o como, últimamente,

prefieren llamar los bioeticistas en la relación clínica (Gracia, 1998).

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN ESPAÑA

Formalmente se introduce en el año 1986 con la promulgación de la Ley General de Sanidad (Ley 14/1986, de 25 de abril de 1986). En su artículo 10 se señalan los derechos y las obligaciones de los usuarios de los servicios públicos. Entre estos derechos está el respeto a la dignidad e intimidad, la confidencialidad, el consentimiento informado, etc.

Los requisitos que plantea el consentimiento informado son, en primer lugar, la necesidad de información, entendida como un proceso continuo. En el art. 10, apart. 5, la citada Ley dice que el paciente tiene derecho "a que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico y alternativas de tratamiento".

En segundo lugar, la Ley establece que es el paciente el depositario de la capacidad de decisión. El apartado sexto indica que el paciente tiene derecho "a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excep-

to en determinados casos".

La Ley considera tres excepciones al consentimiento informado:

- Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
- Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas.
- Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.

Aunque el consentimiento informado se introduce en nuestra legislación en 1986, no es hasta los últimos años cuando tiene aplicación real en la práctica asistencial. De hecho, en 1991, el C.I.S. publica una encuesta sobre satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios, en la que el 40% de los mismos consideraba muy deficiente la información recibida de sus médicos. Además, un 78% contestó que desconocía la carta de derechos. Esta carta ha sido, en los primeros años, escasamente difundida (Simón y Concheiro, 1993).

Su implantación en los primeros años noventa está motivada por varias sentencias judiciales condenatorias, ante las reclamaciones de los pacientes al considerarse perjudicados (Sánchez Caro y Sánchez Caro, 1998). Este carácter legalista que se imprime al consentimiento informado, pervierte su fundamento ético.

En nuestra realidad, se plantea el consentimiento informado siguiendo, por lo general, un modelo puntual. En un texto clásico sobre la teoría del consentimiento informado, sus autores proponen dos modelos de aplicación del mismo: el modelo puntual y el modelo de proceso (Appelbaum y cols., 1987).

El modelo puntual es aquel que considera la toma de decisiones como un acto aislado que tiene lugar en un periodo limitado de tiempo, generalmente antes del tratamiento.

Se enfatiza la información al paciente en ese momento. El modelo de proceso se basa en la idea de la participación activa del paciente en la toma de decisiones, y consiste básicamente en un diálogo e intercambio continuo de información relevante entre el clínico y el paciente mientras dure la atención sanitaria.

El modelo puntual se apoya sobre todo en los formularios de consentimiento, en los que se señalan todos los riesgos posibles ante un procedimiento diagnóstico o terapéutico. Cuando, en realidad, la mayoría de los riesgos están en función del estado de salud del paciente. No son, ni siquiera, documentos adaptados a su situación. Este modelo puede tener sentido en especialidades como la radiología o anestesia, en las que el contacto con el paciente es escaso, pero no en el resto de las especialidades médicas. Especialmente en salud mental, donde es fundamental la relación entre el terapeuta y el paciente.

En resumen, el consentimiento informado aplicado de esta forma tiene, en mi opinión, un impacto negativo sobre el paciente, le crea más ansiedad y genera una mayor desconfianza en la relación clínica. Este modelo sirve únicamente como instrumento de defensa para los profesionales sanitarios.

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN SALUD MENTAL

La salud mental, como cualquier otra práctica clínica no puede estar, en principio, al margen de este modelo de relación que implica el consentimiento informado. Su aplicación en salud mental plantea problemas añadidos ya que el paciente con un trastorno mental no siempre está en condiciones de decidir de forma competente respecto al cuidado de su propia salud o del cuidado de sí mismo.

Esto plantea el problema de la valoración de la competencia del paciente. Su valoración no puede hacerse en términos dicotómicos: competente/ incompetente. Es una cuestión de

grados. Además, la competencia se establece en función de distintas capacidades psicológicas. El concepto de competencia es, de esta forma, específico para cada capacidad (Robles, 1994).

La necesidad del consentimiento informado se encuentra recogida en la mayoría de las Declaraciones Internacionales en materia de derechos y protección de los pacientes mentales. Algunas de estas Declaraciones son las siguientes:

- La Declaración de la Federación Mundial de la Salud Mental, de 1989.
- Los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y el mejoramiento de la atención de la Salud Mental, adoptados por la Asamblea General de Naciones Unidas, en 1991.
- El Convenio relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina, auspiciado por el Consejo de Europa, en 1997.

Estos documentos contienen principios sobre las libertades y derechos básicos hasta normas relacionadas con la aplicación de los tratamientos en salud mental. Además del consentimiento informado, se incluye el derecho a la confidencialidad, la hospitalización involuntaria, el rechazo al tratamiento, etc.

La importancia de estos derechos no radica en quedarse únicamente en requisitos legales, sino porque resultan fundamentales en la elaboración de las estrategias terapéuticas.

La práctica psiquiátrica actual no ha incorporado aún la necesidad de solicitar el consentimiento ni de informar ampliamente al paciente de lo que se pretende hacer con él, ni de las posibles consecuencias, a excepción de las psicoterapias. Todavía hay profesionales que sostienen que es una pura ficción considerar que un enfermo mental pueda entender y decidir sobre el tratamiento que se le propone, o creen, incluso,

contraproducente darle información sobre el mismo, aunque la práctica demuestre lo contrario (Espinosa, 1996).

Este hecho se explica porque la cuestión del consentimiento informado no surge de la propia cultura de la práctica psiquiátrica sino que proviene, como señalaba antes, del movimiento de reivindicación de los derechos civiles.

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL COLECTIVO DE PACIENTES CRÓNICOS

En la práctica psiquiátrica, el consentimiento informado tiene un menor cumplimiento en el colectivo de pacientes crónicos. Una de las razones es que este colectivo, a diferencia de otros usuarios que vemos en los servicios de salud mental, tienen un escaso poder a la hora de ejercer sus derechos como usuarios, por su alta vulnerabilidad psicosocial.

En este tipo de pacientes, con frecuencia, la aplicación de tratamientos psicofarmacológicos, las medicaciones depot, las intervenciones de tipo psicosocial o las propuestas de participación en programas de rehabilitación se realizan con escasa participación del paciente, sin tener en cuenta la propia opinión y el consentimiento del paciente. Son intervenciones que no están enmarcadas en una especificación de objetivos, donde no hay una información amplia y suficiente sobre el sentido y las razones de las intervenciones propuestas.

En muchos casos, informaciones tan elementales como información sobre los efectos secundarios de la medicación, o por qué unos tratamientos y no otros son convenientes en su caso, no se suelen realizar. Muchas de estas intervenciones, sobre todo aquellas de tipo psicosocial, ni siquiera se recogen en la historia clínica del paciente.

Estas propuestas e intervenciones, plan-

teadas en estos términos, es decir, sin información suficiente, sin buscar una adecuación a las necesidades de los pacientes ni su compromiso, muchas veces son rechazadas explícita o implícitamente por éstos.

En muchos casos, ante el rechazo del paciente, lo que se produce es una inhibición de los servicios y los profesionales, con la consiguiente dejación de responsabilidad, hasta que se produce la siguiente crisis y haga preciso el recurso al internamiento involuntario (Espinosa, 1996).

La necesidad del internamiento involuntario (en una situación de crisis) y, desde luego, del internamiento prolongado, entre otros factores, está relacionado con los recursos disponibles. Una organización que contemple solamente centros de salud mental y unidades de hospitalización psiquiátrica, sin una red amplia de estructuras intermedias, indudablemente, la necesidad de ingresos involuntarios como los ingresos prolongados, van a ser mayores.

En resumen, la necesidad de una mayor información y participación no se sustenta sólo desde el punto de vista de los derechos, sino desde la viabilidad de posibilitar intervenciones psicoterapéuticas que exigen más del consentimiento y la participación del propio afectado. En esta dirección parece que van los programas de psicoeducación que últimamente se están desarrollando para el tratamiento de los pacientes mentales crónicos.

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL INTERNAMIENTO PSIQUIÁTRICO

Actualmente se pueden diferenciar dos tipos de internamiento: los voluntarios y los involuntarios. En el internamiento voluntario, éste se establece por acuerdo o contrato entre el paciente y el médico o institución. Está, obviamente, exento de control judicial.

En algunos servicios, el acuerdo es solamente verbal, mientras que en otros, los pacientes al ingresar deben firmar un documento para dejar constancia de la voluntariedad del ingreso.

Algunos autores estiman que ciertos ingresos considerados voluntarios no deberían considerarse como tales, ya que los pacientes pueden ser incompetentes para prestar su consentimiento (Roda, 1994). Esto es especialmente preocupante en el caso de clínicas privadas.

Este tema fue analizado en el Estudio del Defensor del Pueblo sobre la situación jurídica y asistencial del enfermo mental, en el que se "alude a la ausencia de criterios generales e instrucciones por parte de las administraciones sanitarias sobre las cautelas o garantías en relación a los ingresos voluntarios en las unidades de hospitalización psiquiátrica".

En los internamientos voluntarios, la aplicación del consentimiento informado debería ser una práctica habitual, teniendo en cuenta que se precisa, en determinados casos, la valoración de la competencia para el consentimiento.

En estos internamientos, ante las propuestas terapéuticas o procedimientos diagnósticos, el paciente puede aceptarlo, o incluso tiene el derecho a rechazar el tratamiento que se le quiere aplicar, sin que ello suponga, como dice la Ley General de Sanidad, que se le dé el alta inmediatamente. También tiene el derecho a que se le oferten otras alternativa, si es que las hay.

Puede plantearse la situación de que en un ingreso voluntario se produzca un agravamiento psicopatológico que haga preciso continuar la hospitalización y, ante el rechazo del paciente, sea necesario reconvertir el internamiento en involuntario, necesitando para ello la autorización judicial.

En el caso de los internamientos involuntarios, el consentimiento informado es más complejo porque de entrada ya hay una in-

voluntariedad, aunque no exige de intentar aplicarlo respecto a los tratamientos.

En nuestro país disponemos de una legislación que regula de forma adecuada los ingresos involuntarios, pero no contamos con ninguna regulación o normativa sobre los tratamientos involuntarios o forzosos (Diez, 1998; Roig, 1983, 1985).

La involuntariedad del ingreso no implica necesariamente incompetencia del paciente ni equivale automáticamente a que pueda ser sometido a cualquier tratamiento sin contar con su aceptación. En la actualidad se acepta que, en principio, se debe considerar que todos los pacientes poseen capacidad de decisión sobre el tratamiento, incluso en el caso de presentar una psicosis y de encontrarse internados involuntariamente (Sánchez Caro y Sánchez Caro, 1998).

El internamiento involuntario, como acto sanitario destinado a mejorar los trastornos psíquicos del paciente, no debe menoscabar la información que hay que dar en cualquier intervención terapéutica. Al contrario, la indefensión generada por la involuntariedad, hace preciso de un mayor esfuerzo en este sentido.

Un tema muy controvertido es la propuesta de informar a los pacientes cuando están ingresados sobre cuáles son sus derechos, e incluso de los procedimientos bien sean administrativos o judiciales que les permitan la posibilidad de recurrir contra el internamiento.

Ahora bien, qué ocurre cuando un paciente se niega a aceptar alguna o todas las intervenciones terapéuticas. ¿Tiene un paciente ingresado contra su voluntad el derecho a rechazar el tratamiento?. O, qué ocurre cuando se aplican tratamientos que conllevan riesgos importantes para la salud. ¿Es suficiente que el paciente dé su consentimiento, en el caso de que acepte, para poder aplicarlos?. ¿Sería preciso una valoración de la capacidad para consentir y, si no son com-

petentes, quién da la autorización?.

Anteriormente señalaba que en nuestro país no tenemos una normativa específica sobre los tratamientos forzosos. Al contrario, que en otros países que sí cuentan con una regulación amplia aunque, en algunos casos muy controvertida como en los EE.UU.

En este país, desde la década de los años setenta, la legislación recoge el derecho de los pacientes, bajo determinadas circunstancias, a rechazar el tratamiento (Filgueira, 1990).

En uno de los casos que se conoce popularmente como la "Decisión de Rogers", el Tribunal Supremo de Massachusetts (1983), llega a las siguientes conclusiones:

- Un paciente mental ingresado de manera forzosa está capacitado y tiene derecho a tomar decisiones de cara al tratamiento, incluso rechazarlo, hasta que o a menos que dicho paciente sea declarado incapaz por un Juez.
- Si un paciente es declarado incapaz, el Juez tomará la decisión con los criterios de juicio sustitutorio, esto es, si el paciente, caso de estar capacitado, habría consentido a la administración de fármacos antipsicóticos.
- El uso de fármacos antipsicóticos sin reglamentación judicial está permitido sólo en casos muy concretos de emergencia y para la prevención del "deterioro inmediato" sustancial e irreversible por una enfermedad mental grave.
- Si no se trata de un caso urgente, donde esté permitido el tratamiento forzoso a corto plazo, el personal del hospital debe llevar al Tribunal a todo paciente que sospeche incapaz.
- Aunque la cuestión se plantea cuando un paciente rechaza el tratamiento, incluso un paciente que lo consienta, si es incapaz, requiere la decisión judicial.

Esta sentencia, como puede deducirse fácilmente, fue muy controvertida porque,

entre otras razones, plantea que no se puede realizar ningún tratamiento en contra de la voluntad del paciente si no existe previamente una declaración de incompetencia por parte de un Juez, lo cual no es en absoluto deseable.

Las soluciones ante estos problemas no son fáciles. Una propuesta para reflexionar es que estas decisiones u otras se tomen no unilateralmente por el facultativo responsable, sino de forma interdisciplinar en comisiones de evaluación creadas para estos fines o, en cualquier caso, se arbitren formulas que posibiliten este abordaje. Este funcionamiento introduce criterios de mayor objetividad en la toma de decisiones representando, en último término, una mayor garantía y seguridad para los pacientes con trastornos mentales graves.

BIBLIOGRAFÍA

- APPELBAUM, P. LIDZ, C. Y MEISEL, A. (1987). *Informed consent. Legal theory and clinical practice*. Oxford: University Press.
- DEFENSOR DEL PUEBLO. (1991). *La Situación Jurídica y Asistencial del Enfermo Mental en España*. Madrid.
- DIEZ FERNÁNDEZ, M.E. (1998). Cambios en el marco jurídico y legal de la enfermedad mental. En J. García, A. Espino y L. Lara (Eds). *La Psiquiatría en la España de Fin de Siglo (47-60)*. Madrid: Diaz de Santos.
- ESPINOSA, J. (1996). Derechos y responsabilidades legales del enfermo mental. En: J. A. Aldaz y C. Vázquez (Comps.). *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación (375-392)*. Madrid: Siglo XXI.
- FILGUEIRA, M. (1990). La legislación en los Estados Unidos frente a la práctica psiquiátrica. Primer congreso de la asociación gallega de salud mental. Orense.
- GRACIA, D. (1998). Prólogo. En: J. Sánchez Caro y J. Sánchez Caro. *Consentimiento informado y psiquiatría*. Madrid: Mapfre.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1986). *Ley General de Sanidad*. Madrid.
- ROBLES, A. (1994). *Consentimiento informado en salud mental. Ponencia presentada en las Jornadas sobre responsabilidad, derechos y protección en salud mental en el ámbito europeo, organizadas por el Comité Europeo de Derecho, Ética y Psiquiatría, en Madrid*.
- RODA GARCÍA, L. (1994). El internamiento forzoso del artículo 211 del Código Civil: entre la ineficacia y las oportunidades perdidas. En: M.E. Diez Fernández (Comp.). *Legislación, Derechos y Salud Mental*. Oviedo: Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias.
- ROIG SALAS, A. (1983). Dossier: legislación psiquiátrica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 8, 133-144.
- ROIG SALAS, A. (1985). Coacción y privación de libertad en la asistencia psiquiátrica. *Jornadas Asturianas sobre "Enfermedad Mental y Ley"*. Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias.
- SÁNCHEZ-CARO, J. Y SÁNCHEZ-CARO, J. (1998). *Consentimiento informado y psiquiatría*. Madrid: Mapfre.
- SIMÓN, D. SIMÓN, P. RODRIGUEZ, A. Y CONCHEIRO, L. (1992). El consentimiento informado en psiquiatría. *Anales de Psiquiatría*, 8, 245-252.
- SIMÓN P. Y CONCHEIRO, L. (1993). *El consentimiento informado: teoría y práctica (I)*. *Medicina Clínica*, 100, 659-663.

Legislación asistencial psiquiátrica española

A. E. Sánchez Gutiérrez

*Psiquiatra. Jefe de Servicio
Servicios de Salud Mental. Asturias*

V. Aparicio Basauri

*Psiquiatra. Coordinador Centro Colaborador OMS
Servicios de Salud Mental. Asturias*

INTRODUCCIÓN

Históricamente la psiquiatría y el derecho han interactuado siempre. El Derecho ha recurrido a conocimientos médicos para adecuar de forma equilibrada el binomio justicia-individuo. A medida que las sociedades evolucionaban y con ellas las doctrinas y bases teóricas que sustentaban la psiquiatría, se exigía de manera progresiva la transformación y la adecuación del derecho en un caminar hacia una Justicia mas equitativa para todos los ciudadanos.

De manera similar, la psiquiatría que ya en su origen nace ligada a situaciones de extravagancia conductual motivo de preocupación social, va modificando sus métodos de tratamiento y atención, sometiéndose de forma igualmente imparable a diferentes legislaciones y normativas.

En esta interacción muchas veces polémica y casi siempre tensa, surge por un lado una regulación externa a la psiquiatría para aspectos de la asistencia y otras cuestiones que genera su práctica y por otro, los nuevos conocimientos y escuelas psiquiátricas afectarán a aspectos doctrinales de la jurisprudencia.

La frontera entre ambas disciplinas, sus objetos de estudio y sus instrumentos operativos se irán modificando, unas veces convergiendo y otras distanciándose, según los esquemas de pensamiento y la dinámica social del momento histórico dado.

La reflexión sobre la evolución en la legislación asistencial es una reflexión sobre los mismos conceptos de nuestra disciplina y a la vez sobre la dirección en la manera de interpretar fenómenos de la realidad social desde la salud.

DERECHO Y PSIQUIATRÍA

De manera genérica se entiende por Derecho el conjunto de principios, preceptos, normas y reglas dotadas de sanción coercitiva que regulan de una parte las relaciones de los individuos que viven y se desenvuelven en sociedad, y de otra la organización de la sociedad misma con la finalidad de asegurar así la convivencia y armonía tanto del bien individual como del bien común o social. Podemos decir que el Derecho constituye el gran depósito de jui-

cios de valor sobre el comportamiento humano en un determinado momento histórico.

La ley se caracteriza como “fuente de deber” y como hemos analizado ¹ tiene una doble función: Por un lado una función “expresiva” al recoger los valores reconocidos de la conciencia colectiva y actuar como marco de conocimientos que sirve a los ciudadanos para orientar sus conductas dentro de la comunidad y por otro una función “represiva” al ser un marco normativo que impone un tipo de concepción de la comunidad y además sanciona. Se ha dicho ² que las leyes son un instrumento específico del que se vale el grupo en el poder para configurar la sociedad de acuerdo con un modelo determinado. Sin embargo en los regímenes parlamentarios, la aparición de una ley suele presuponer la existencia de una realidad previa mas o menos contrastada que se quiere generalizar, es decir la forma institucionalizada de formas preexistentes. De ahí que en los regímenes democráticos cuya Norma Fundamental es la Constitución (ley básica de la conformación del Estado y marco último de interpretación jurisprudencial donde la Institución organiza y la Ley limita), se insista mas en lo institucional a diferencia de los regímenes autoritarios que lo hacen sobre la ley.

La aparición de la psiquiatría como disciplina es relativamente novedosa y en su corpus teórico no existe un paradigma hegemónico, sino que es una zona de conocimiento donde confluyen distintos saberes y que a la vez no termina de ajustarse a las características típicas de la ciencia. De ella se ha dicho que es una ciencia política ³, y un historiador español ⁴ comenta que existen pocas disciplinas tan discutidas como ella a todos los niveles. Añade, que quizás por su situación- en la confluencia del Derecho, la Psicología y la Medicina- tiene una dimensión especial precisándose para su análisis puntos de referencia de la época, porque en

su ejercicio están presentes no solo conocimientos médicos, también valores sociales sobre lo que es normal y legislación sobre la conducta. Cada concepto de ella va a ser fruto de la confrontación con la realidad médica, social y jurídica. La enfermedad mental ha ido modificando su definición (sin que aún hoy se disponga de una satisfactoria) y sus límites han ido variando en función de la imagen social sobre la locura y de la valoración que sobre ella ha hecho la ley. Podemos cuando menos decir, parafraseando a Ortega y Gasset ⁵ que es una “ciencia problemática”.

La práctica de la psiquiatría irá modificándose por todo ello. Para cada cambio en su praxis influyen o se dan tres cuestiones: a-. Nacimiento, desarrollo y confrontación de ideologías. b-. Conjunción, maduración e inscripción en la práctica y c-. Reconocimiento y sanción legal de ello.

La acción de reglamentar una ley constituye una técnica universal de derecho público que supone concretar una cuestión genérica por medio de normas objetivas, e implica ordenar y sistematizar ciertas pautas. Con tal fin, se emiten instrucciones o reglamentos que conforman el derecho complementario de la ley, con su misma fuerza imperativa y decisivas para su interpretación. Tal como ha sido señalado por la OPS-OMS, en el caso de la atención psiquiátrica estas instrucciones son sumamente importantes para la eficacia de la norma sancionada.

De todo ello se desprende que el estudio de las normas jurídicas positivas (por su carácter a la vez de reflejo y modelo) tanto en su funcionamiento como en su aplicación, no es patrimonio de los profesionales del derecho sino de toda persona interesada en la evolución jurídica y social de su comunidad. El derecho va constatando lo que la psiquiatría va siendo desde el punto de vista ideológico y de ahí la importancia del estudio de las legislaciones.

LEGISLACIÓN ASISTENCIAL ESPAÑOLA

En anteriores trabajos ⁷ nos hemos ocupado de la legislación asistencial psiquiátrica española agrupando las leyes por etapas legislativas. Elegimos el término etapa porque expresa un movimiento armónico, donde es necesario alcanzar unas metas para proseguir hacia otros objetivos.

Distinguimos 3 etapas legislativas en nuestra historia:

A- Etapa Institucional e Higienista:

Comprende las leyes de 1822 y 1885 y todas las que se dictan entre ambas. Se caracteriza porque se legisla para hacer un modelo de institución psiquiátrica y se aprecia la influencia de los higienistas al no haber consolidado aún un cuerpo de alienistas.

B- Etapa Científica y Profesionalizada:

Tiene como punto de referencia la ley de 1931 así como el movimiento asociativo que la promueve y desarrolla.

C- Etapa Desinstitucionalizadora y de Integración:

Responde a la necesidad de integrar la salud mental en el sistema sanitario general. Es la etapa de la que nos ocuparemos y se caracteriza por no existir una legislación psiquiátrica específica. Comprende el bloque legislativo de 1983 y 1986.

LEGISLACIÓN ASISTENCIAL ACTUAL

Como analiza Capella ⁸ la norma es más que un hecho lingüístico (a la vez descriptivo y prescriptivo) también tiene una finalidad metalingüística como instrumento de transformación que en los regímenes parlamentarios suele presuponer la existencia de una realidad previa. Realidad que precisamente la ley viene a reconocer y normativizar. La ley aparece como reguladora y garante de situaciones específicas, tal como describe en

el anterior trabajo citado de la OPS-OMS ⁹ con su función instrumental y su función substancial.

En España, en estos momentos no existe una legislación específica psiquiátrica y el internamiento psiquiátrico se regula por las leyes ordinarias. Sin embargo, para entender esta opción (que se aleja de la situación de otros países europeos con legislaciones específicas) deberemos ver el contexto en que surge y seguiremos como método una serie de indicadores que fueron sugeridos por la OMS ¹⁰ para evaluar el estatus de las legislaciones de salud mental de un país. Esta metodología considera que el derecho positivo nace de la vida social y por lo tanto no puede ser comprendido desconectado de ella; su estudio debe ser a la vez dogmático, sistemático e histórico.

Para acercarnos en ese estudio “contextualizado” de las normas analizaremos:

- 1-Contexto Socio-Político (año de promulgación, momento social, etc.)
- 2-Contexto Asistencial
- 3-Grupos de Presión
- 4-Análisis texto legal (procedimientos para la hospitalización, voluntariedad, etc.)
- 5-Valoración Global

1- CONTEXTO SOCIO-POLÍTICO

Tras la dictadura en España se promulga la Constitución de 1978 en el periodo conocido como de “Transición Democrática”. A partir de ella ningún ciudadano puede ser privado de su libertad, ni obligado a ningún tratamiento médico salvo por disposición legal y en este caso respetando las garantías establecidas. (Art. 17.1). De igual manera se reconoce el derecho a la salud (Art.43.1) y el enfermo mental es en primer lugar sujeto o titular de derechos (Art. 49).

En 1982 con la llegada del Partido Socialista al gobierno de la nación, se inician una serie de cambios legislativos de los

cuales los mas importantes son la Reforma del Código Civil de 1983 (Artículo 211) en el apartado dedicado a la Tutela (“De la Tutela, de la Curatela, y de la Guarda de los menores y los incapaces) y la derogación de la ley sobre Asistencia Psiquiátrica de 1931 (que chocaba con la Constitución de 1978). Esta reforma señala la necesidad de la autorización judicial para todo internamiento involuntario de un “presunto incapaz”. Esta fórmula sencilla y peculiar protege adecuadamente del internamiento involuntario, en divergencia clara con las experiencias de otros países con leyes específicas.

Con la Ley Orgánica de Reforma Urgente y Parcial del Código Penal de 1983 se incluía la posibilidad de adoptar por parte de los Tribunales el recurso al tratamiento ambulatorio para los pacientes mentales con conductas delictivas (en el nuevo CP de 1996 se introducen otras modificaciones importantes en el abordaje de la enfermedad mental) ¹¹

Por último, se conforma el Estado Español como un modelo autonómico otorgaba a las distintas Comunidades Autónomas potestad para legislar en materias como sanidad, etc. dentro de su ámbito territorial.

2- CONTEXTO ASISTENCIAL

Durante el periodo de la dictadura franquista se mantuvo vigente la ley de 1931 siendo responsabilidad de las Diputaciones la asistencia a los enfermos mentales que se realizaba fundamentalmente en los manicomios. En los últimos años del franquismo hubo importantes movimientos de reforma de las instituciones (Oviedo, Conxo, Salt) y a partir de 1972 comienza un movimiento de crítica a las condiciones de en que se encontraba la asistencia psiquiátrica y a la necesidad de iniciar un proceso de apertura hacia formulas comunitarias. Este movimiento que se articuló en torno a la “Coordinadora Psiquiátrica” de 1972 tuvo una gran relación

con movimientos europeos similares, pero sobre todo una influencia determinante del movimiento italiano de “Psiquiatría Alternativa” que lideraba Franco Basaglia.

Lo que había comenzado como un movimiento crítico fue madurando, primero con ideas de la psiquiatría comunitaria y posteriormente con una formulación mas sólida de un modelo desinstitucionalizador y experiencias de cambio asistencial en distintos lugares del país. Al iniciarse la década de los ochenta existía una conciencia social sobre la necesidad del cambio en materia de asistencia psiquiátrica y un movimiento que reivindicaba un modelo asistencial desinstitucionalizador e integrado en la red sanitaria general; sólo faltaba un gobierno que incluyera este tema en su política sanitaria y un parlamento que modificara las leyes en esta materia. Esta serie de cambios legislativos se produjeron en lo que se ha llamado la “Reforma Psiquiátrica de 1985” ¹².

En 1985 aparece el “Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica” (creada por Orden Ministerial el 27-Julio de 1983) donde se explicita el modelo asistencial a seguir en política de salud mental.

En 1986 aparece la “Ley General de Sanidad” que dará estatuto legal a estos principios y otorga a las Comunidades Autónomas la responsabilidad en su regulación e implementación. La ley general de Sanidad tan sólo dedica el artículo 20 al tema de la salud mental, señalando la integración de la hospitalización psiquiátrica dentro de los hospitales generales y la importancia del tratamiento ambulatorio. Asimismo, se apuntaba el papel a jugar por la atención primaria en salud mental y la necesidad del desarrollo de programas de rehabilitación y reinserción social.

Ese mismo año en Asturias, primera Comunidad cuyo gobierno regional inicia la reforma administrativa, se normativiza a través del “Decreto sobre Organización y

Funcionamiento de los Servicios de Salud mental del Principado”.

3-GRUPOS DE PRESIÓN

En el Congreso de Sevilla-1977 de la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) los jóvenes psiquiatras de la llamada “generación del 72”¹³, militantes de la izquierda, deciden plantear una candidatura para optar a la directiva que resultó ganadora. Ya desde la asociación profesional, se aglutina todo un trabajo por el cambio de la asistencia psiquiátrica en el país que se va a plasmar en forma de ponencia en el siguiente congreso¹⁴. A partir de la creación de una revista como medio de difusión y vehículo para la producción intelectual, y con la formación de grupos de trabajo o “comisiones” monográficos, el movimiento asociativo va teniendo una presencia en la vida nacional, en las estructuras administrativas y en los profesionales. Las editoriales y la difusión de los documentos de trabajo serán ampliamente debatidos.

Los trabajos de la “Comisión de Legislación” constituida en 1981 y el informe de la “Comisión de Asistencia” de 1986 sobre el modelo de asistencia en salud mental serán ampliamente debatidos y defendidos ante los organismos públicos y su influencia sobre los cambios legislativos trascendental.

Asimismo, existía un claro malestar en la judicatura con la anterior ley de 1931¹⁵ y un importante movimiento a favor de la reforma legislativa. Las asociaciones “Jueces para la Democracia” y “Unión Progresista de Fiscales” participaron conjuntamente con la AEN en jornadas, ponencias y comisiones. Se produjeron gran número de publicaciones en estas materias y propuestas concretas fueron elevadas al Ministerio de Justicia.

La reflexión y el debate sobre la situación jurídica del enfermo mental en la AEN, el proceso de transformación asistencial del

país y la confluencia con el movimiento crítico de reforma en la justicia¹⁶ posibilitarían el nuevo marco legislativo en la unanimidad de modificar la legislación psiquiátrica.

Muchos profesionales de estos movimientos asociativos de la salud mental y de la justicia accederían a puestos de responsabilidad en los gobiernos autonómicos y estatal y harían política en este sentido.

El nuevo gobierno de la nación formó un grupo de trabajo encargado de ofrecer una propuesta legislativa que regulara la situación creada por la derogación del decreto.

4-ANÁLISIS DEL TEXTO LEGAL

Como comentábamos al principio, no existe una legislación específica en España. ¿Por qué esta situación?. Frente los que opinaban que el vacío legal debía de ser cubierto con una ley orgánica de internamiento, otros consideraban que el marco legislativo establecido por el nuevo Código Penal en su art. 211 era suficiente para regular los posibles internamientos y las consecuencias derivadas de las mismas. Añadían que una legislación específica conduciría a una nueva marginación del enfermo mental y que la discriminación positiva no contribuiría a favorecer su integración social por introducir elementos discriminatorios, en la medida que conculcarían el principio de igualdad ante la ley de todos los ciudadanos.

Los numerosos debates, la influencia del movimiento psiquiátrico italiano y la importante movilización desde la AEN hizo que predominará esta última posición de no-especificidad, que además se adecuaba mejor a la concepción integradora de la salud mental en el sistema sanitario general que se expresaba en la Ley general de Sanidad.

Las distintas leyes que afectan a la asistencia y al enfermo mental son:

Constitución de 1978:

*Art.17.1: Toda persona tiene derecho a la

libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad sino con la observancia de lo establecido en este artículo y en los casos y en la forma previstos por la ley.

* Art. 43.1: Se reconoce el derecho a la salud.

* Art. 43.2: Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de los servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto.

* Art. 49: Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento y rehabilitación e integración de los disminuidos psíquicos, a los que prestará la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos.

Código Civil de 1983

* Art. 211: El internamiento de un presunto incapaz requerirá la previa autorización judicial, salvo que por razones de urgencia hiciesen necesaria la inmediata adopción de tal medida, de la que se dará cuenta al Juez y en todo caso, dentro de del plazo de 24 horas.

El Juez tras examinar a la persona y oír el dictamen de un facultativo por el designado, concederá o denegará la autorización y pondrá los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal a los efectos previstos en el artículo 203.

Un internamiento que no cumpla los requerimientos expresados podrá dar lugar a un procedimiento de habeas corpus o a la depuración de responsabilidades criminales por posible detención ilegal

Ley General de Sanidad de 1986

Art. 20: La asistencia psiquiátrica estará integrada en el sistema sanitario general y el internamiento se realizará en las unidades de hospitalización de los hospitales generales.

Código Penal de 1996

Art.20: Afecta a los internamientos por

orden judicial, involuntario, sin consentimiento del paciente cuando éste haya cometido un delito y sea declarado exento de responsabilidad criminal o esté incurso en un procedimiento penal.

5-VALORACIÓN GLOBAL:

·Adecuación al marco constitucional. El enfermo mental es ante todo sujeto de derechos como cualquier otro ciudadano.

·Se trata de conciliar la protección de la libertad y el derecho a la salud.

·Respecto a la anterior legislación se modifica la tutela y la incapacitación (se regulan las condiciones, límites y el procedimiento).

·La legislación está inspirada en el Principio de Pluralidad de la Guarda Legal introduciendo junto a la tutela, la institución de la curatela y la figura del defensor judicial, para proteger no sólo los bienes patrimoniales sino al propio incapacitado.

·Basado en el Principio de Tutela de Autoridad, existe un control judicial de los ingresos involuntarios que violan el derecho constitucional.

·Se potencian los ingresos voluntarios y las formas de atención integradas en el sistema sanitario general y la atención comunitaria.

·Debe existir una indicación médica para los ingresos. Aún en el caso de los ingresos involuntarios, el juez no “ordena” sino que “autoriza”. Prima la medida terapéutica.

·En los internamientos regulados por el Código Penal, éste no podrá prolongarse mas allá del tiempo considerado como condena. Se prevé la posibilidad de tratamientos ambulatorios como medida sustitutiva al internamiento.

·Se potencian los derechos de las personas enfermas mentales, como personas tienen todos los derechos de cualquier ciudadano y como enfermo mental el derecho al tratamiento.

Para terminar, recordar que sin embargo la ley por si sola no cambia la realidad, sólo lo permite.

BIBLIOGRAFÍA

¹ **Sánchez AE.** 1992.

“La Salud Mental en la práctica de la ley, Campos de actuación y dificultades” en Diez M. E. compil.. Legislación, Derechos y Salud Mental. Principado de Asturias-Consejo Poder Judicial, Oviedo. pp.117-131.

² **Artola M.** 1976.

La Burguesía revolucionaria:1808-1874. Alianza, Madrid.

³ **Castel R.** 1980.

El Orden Psiquiátrico. La Piqueta. Madrid.

⁴ **Marset P.** 1978

La Psiquiatría durante la Revolución francesa. La Obra de Pinel. Rev. Historia social; 7:217-287.

⁵ **Ortega y Gasset** 1911

Se refería así al psicoanálisis en un trabajo al que título “ El Psicoanálisis una ciencia Problemática” y que se reprodujo posteriormente en la Rev. de Occidente en 1977.

⁶ **González Uzategui R. y Levav I. (edits.)**

Aspectos normativos de la Atención Psiquiátrica . Serie Informes Técnico,nº 42. OPS-OMS. Washington.

⁷ **Aparicio Basauri V y Sánchez Gutiérrez AE.** 1997

“Norma y ley en la Psiquiatría Española:1822-1986”. En Aparicio Basauri V comp. Orígenes de la Psiquiatría en España, ELA, Madrid: p. 21-53.

⁸ **Capella A.** 1968

El Derecho como lenguaje. Ariel, Barcelona

⁹ **Opus cit nº6.**

La función instrumental tendría dos aspectos: A. Como medio idóneo e indispensable para la eficaz ejecución de políticas, programas, y acciones de salud colectiva y B. Como mecanismo de regulación de las actividades en la materia. La función substancial compete al Derecho en el plano de los valores y principio éticos que deben enmarcar las acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación que tengan lugar en el sistema de atención.

¹⁰ **Curran WJ y Harding TW. (edits.)** 1978

The Law and Mental Health. WHO. Ginebra.

¹¹ **Sánchez Gutiérrez AE.** 2000

“Responsabilidad y Ley”. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiqu.; 20 (73); 109-126

¹² **Aparicio Basauri V.** 1993.

“La Reforma Psiquiátrica de 1985” en Evaluación de Servicios de Salud Mental, Aparicio Basauri V. edit. AEN, Madrid.

¹³ **Aparicio Basauri V.** 1989.

“La generación de 1972 ante el homenaje”. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq; IX, (28): 99-100.

¹⁴ **González de Chavez M compil.** 1980

La transformación de la Asistencia Psiquiátrica. Mayoria. Madrid.

¹⁵ **Bercovitz R.** 1976

La marginación de los locos y el derecho. Taurus. Madrid

¹⁶ **González Alvarez O** 1995

“Los Derechos del enfermo mental en el fin de siglo”. Maristan, IV,(9) p. 71-77.

¹⁷ **Defensor del Pueblo** 1992

Informe sobre la situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España. Publicaciones. Madrid

Tratamiento sustitutorio y medidas de seguridad

J.A. Soto-Jove Fernández

Magistrado

La ubicación sistemática de la ponencia dentro de jornadas de los servicios de salud mental reconduce el estudio del tratamiento sustitutorio de penas privativas de libertad a supuestos en que el sujeto autor de los hechos punibles presente anomalías en su personalidad, dejando al margen figuras alternativas de carácter general y obviamente las medidas judiciales en caso de anomalía de índole civil, tratamiento sustitutorio desarrollado en el orden jurisdiccional penal a través de la instauración de las medidas de seguridad.

PERSPECTIVA HISTÓRICA

Materializada la función represora del Estado en el modo contemporáneamente concebido, apoyada en delimitación apriorística de categorías delictuales y punitivas, en los Códigos Penales decimonónicos, los instrumentos previstos en éstos perseguían una función retributiva, castigo del hecho, y de prevención general, con carácter ejemplarizante de aquel, efectuadas a través de la pena configurando el denominado sistema penal "Monista", asentado en principio de culpabilidad, sistema revelado insuficiente para atajar ciertas clases de delincuencia habitual, menores e inimputables determinando la búsqueda de instrumentos complementarios a la tradicional pena con fines de orden social más que terapéuticos,

formulados a fines del siglo XVIII por E.F. Klein y recogidos en el Código General Prusiano de 1879, época en la que nace la psiquiatría moderna en los manicomios que a finales del siglo XIX se orienta hacia la búsqueda de causas orgánicas de la enfermedad mental, de modo tal que si los movimientos de Defensa social en boga en estas fechas encuentran complemento en las tesis de antropología criminal de Lombroso, en el ámbito del Derecho Penal Carl Stross conjuga como funciones del mismo las originarias de retribución y de prevención general con la de prevención especial del sujeto en el Anteproyecto de Código Penal Suizo de 1.893, apoyada ~ en un concepto de peligrosidad indeterminado, predelictual y orientado hacia la situación social del sujeto, y mientras la asistencia social del momento se asienta en la asociación de enfermedad mental con los términos de peligrosidad e incurabilidad se define un sistema penal "Dualista" o "Binarista" cimentado sobre las nociones de culpabilidad del sujeto, cuya respuesta es la pena con funciones retributiva y ejemplarizante, y de peligrosidad del sujeto, cuya respuesta es la medida de seguridad con función de prevención especial, sistema Dualista asumido por Alemania es sus sucesivos sistemas políticos (Weimar, Nacional Socialista, República Federal), y por las legislaciones occidentales continentales de primera mitad del siglo XX, sistema progresivamente ma-

tizado al pregonarse en la pena también una finalidad preventiva especial y reconocerse carácter aflictivo a las medidas de seguridad con crítica de su inicial configuración "defendista" generadora del denominado "Fraude de etiquetas" puesto que bajo su fundamentación teóricamente benefactora e independiente de la pena permitían limitaciones de libertad temporalmente ilimitadas y carentes de garantías en su imposición, dando paso el sistema Dualista, con acumulación sucesiva de medida y pena, al sistema "Vicarial", la medida sustituye a la pena, o de coincidir se integran, proceso evolutivo y coincidente con los movimientos de desinstitucionalización de la asistencia psiquiátrica de los años 1960 y 1970 en crisis del modelo benéfico familiar imperante desde el siglo XIX.

En el Derecho Penal Español se dan las partes evolutivas expuestas, estructurado bajo el Sistema Dualista en el Código de 1.928, Ley de Vagos y Maleantes de 1.933 y Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social de 1.970, configurador de medidas predelictuales y conllevando la apreciación en el autor de delito de la eximente de enajenación una medida de internamiento de naturaleza inexcusable y temporalmente ilimitada, naturaleza inexcusable eliminada por la reforma de 1.983 que introdujo el sistema vicarial para los semi-imputables, estado jurídico afectado por el juego de los principios y derechos fundamentales de la Constitución de 1.978 y por la Jurisprudencia del T.E. de Derechos Humanos (Sentencia 24-10-79 caso Winterwerp, Sentencia 5-11-81 caso X contra Reino Unido, Sentencia 22-2-84 caso Luberti) hasta que las Sentencias del Tribunal Constitucional 159/85, 26/86 y 21/87 conllevan de facto la inconstitucionalidad de la Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social de 1.970 al señalar

que no cabe la adopción de medidas limitadoras del derecho de libertad si no es en el marco de un proceso con plenas garantías incoado por hecho determinado, conculcando a la vez las medidas predelictuales el principio "non bis in idem" dibujado como una de las manifestaciones de la legalidad, doctrina recogida por el legislador en el vigente Código Penal, Ley Orgánica 10/1.995 de 23 de Noviembre, que deroga la antedicha Ley de 1.970 e introduce un sistema vicarial sobre los siguientes principios:

- Legalidad, artículos 1-2, 2-1, 3-2 en sus vertientes de garantía criminal, penal y de ejecución, siendo imponibles las medidas en los supuestos normativamente previstos, dentro del elenco preestablecido y bajo el régimen de ejecución prefijado.
- Jurisdiccionalidad, artículo 3-1, siendo imponibles únicamente en sentencia.
- Postdelictualidad, artículos 6-1 y 95-1.
- Limitación a inimputables y semi-imputables.
- Proporcionalidad, artículos 6 y 95, atendiendo para fijar la medida al hecho ya la pena con que se sanciona de forma general.
- Aplicación vicarial de concurrir pena y medida de seguridad, artículo 99.
- Finalidad curativa, artículos 97, 99 y 105.

MEDIDAS CONCRETAS EN EL VIGENTE DERECHO PENAL

Como apunte inicial del legislador cabe señalar que las medidas de seguridad privativas de libertad sólo son aplicables a los sujetos autores de un delito sancionado con pena privativa de libertad, o dicho de otra manera, a los autores de estos delitos tenidos por peligrosos cri-

minalmente se les pueden aplicar todo el elenco de medidas de los artículos 95, 96 y 105 del Código Penal, mientras que a los autores de delitos sancionados con pena no privativa de libertad sólo cabe imponerles las medidas no privativas de libertad de los artículo 96 y 105.

INTERNAMIENTO COMO MEDIDA PRIVATIVA DE LIBERTAD

A) Eximente del artículo 20-1: a los autores de un delito sancionado con pena privativa de libertad en que se aprecie plena inimputabilidad por anomalía o alteración psíquica o trastorno mental se les internará, si se considera necesario por un juicio de peligrosidad, la medida de internamiento en establecimiento adecuado.

De la redacción literal del artículo 101 se desprende que el internamiento no podrá durar más que el tiempo que habría durado la pena privativa de libertad si el sujeto hubiera sido declarado responsable, si bien una corriente doctrinal (Manzanares, Granados) y la Consulta 5/97 de la Fiscalía General del Estado, apoyándose en el artículo 6-2 del Título Preliminar del Código como base de labor de exégesis, en el fundamento de peligrosidad de la medida y en vetar la inimputabilidad declarada del sujeto el proceso de individualización punitiva cuyas distintas referencias parten de un estado ordinario de inimputabilidad, consideran adecuado reputar como límite temporal del internamiento el de la pena abstracta prevista para el delito cometido. La Ley General Penitenciaria, artículo 7, distingue entre establecimientos de preventivos, de cumplimiento y especiales, clasificados éstos en su artículo 11 en hospitalarios, psiquiátricos o asistenciales, y diferenciando el artículo 183 del Reglamento Penitenciario

dentro de las Unidades Psiquiátricas Penitenciarias entre unidades de detenidos y preventivos sujetos a examen por la autoridad judicial, unidades de personas sometidas a medidas de seguridad y unidades de penados que sufren la aparición de enfermedad mental, revelando la práctica diaria que es a las penúltimas unidades a donde se reconduce el cumplimiento de los internamientos (Sevilla y Foncalent), internamientos cuya ejecución corresponde al Juez o Tribunal sentenciador colaborando en su control el Juez de Vigilancia Penitenciaria (artículo 97 del Código Penal), que al menos anualmente ha de proponer al sentenciador el mantenimiento de la medida, su sustitución por alguna de las medidas no privativas de los artículos 96 y 105 o su alzamiento o suspensión, supeditado a que no delinca durante el plazo aún pendiente o a que no se detecte durante el mismo reincidencia en estado de peligrosidad, propuestas resueltas por el Órgano Sentenciador a través de oportuno procedimiento contradictorio.

B) Eximente del artículo 20-2: a los autores de un delito sancionado con pena privativa en que se aprecie inimputabilidad plena derivada del consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes ó sustancias psicotrópicas se les podrá internar en un centro de deshabitación público o privado homologado bajo las anteriores consideraciones expuestas de límite temporal y control.

C) Eximente del artículo 20-3: el autor de un delito sancionado con pena privativa de libertad y exento de responsabilidad criminal por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o la infancia podrá ser internado bajo el límite temporal antedicho en centro educativo especial con la particularidad de que la propuesta que ha de efectuar el Juez de Vigilancia al Juez

Sentenciador en su función de control se materializará al fin de cada ciclo educativo.

D) Eximente incompleta artículos 20-1,2,3 y 21-1: a los autores de un delito sancionado con pena privativa de libertad en que se aprecia minoración de responsabilidad por concurrir de modo incompleto alguna de las anteriores eximentes se les podrá aplicar además de la pena la medida de internamiento en establecimiento pertinente, acumulación de pena y eventual medida efectuada bajo el régimen vicarial del artículo 99 del Código Penal, ordenando el Juez el cumplimiento en primer lugar de la medida cuyo tiempo se abonará para el de la pena, medida cuyo límite temporal será el de la pena abstracta prevista para el delito y que se desarrollará bajo el contemplado control del Juez de Vigilancia Penitenciaria, con el régimen de propuesta cuando menos anual del artículo 97, configuración vicarial y proporcionalidad conforme a la cual si el límite temporal de la medida es alcanzado se extingue la misma y se tiene asimismo por cumplida la pena, más si el internamiento se alza no vencido aquel se abre un abanico de posibilidades, pudiendo el Juez o Tribunal Penal sentenciador optar entre que se cumpla la pena aún pendiente, suspender el resto de pena por un plazo no superior a su duración si aprecia riesgo de que con el cumplimiento resulten afectados los efectos conseguidos con el internamiento o finalmente sustituir el internamiento alzado antes de su límite por alguna de las medidas no privativas de libertad del artículo 105 del Código Penal.

Como particularidad del régimen de internamiento de eximentes plenas o incompletas debe resaltarse que el artículo 108 del Código Penal prevé que si el sujeto objeto de la medida es extranjero

no residente legalmente en España el Juez o Tribunal podrá, previa audiencia de aquel, sustituir la medida por expulsión del territorio nacional e impedimento de regresar por plazo a señalar no superior a diez años.

MEDIDAS NO PRIVATIVAS DE LIBERTAD

Vienen detalladas bajo defectuosa concordancia de redacción en los artículos 96-3 y 105 del Código Penal:

- Prohibición de estancia y residencia en determinados lugares.
- Privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores.
- Privación de licencia o permiso de armas.
- Inhabilitación profesional.
- Expulsión del territorio nacional de extranjeros no residentes legalmente.
- Sumisión a tratamiento externo en centros médicos o establecimientos de carácter socio-sanitario.
- Obligación de residir en lugar determinado.
- Prohibición de acudir a determinados lugares o visitar establecimientos de bebidas alcohólicas.
- Custodia familiar .
- Sometimiento a programas de tipo formativo, cultural, educativo, profesional, de educación sexual y similares.

Estas medidas responden a la búsqueda de circunstancias que dificulten la comisión delictiva, el denominado "diseño ambiental específico", si su naturaleza coincide con la de la pena abstracta para el delito su límite temporal será el de ésta y si no coinciden las naturalezas de ambas el límite temporal será el prevenido en el artículo 105 del Código Penal

y particularmente en el artículo 107 que contempla la medida de inhabilitación para derecho, profesión, oficio, industria o comercio cuando el delito se haya cometido con abuso de su ejercicio, y no puede imponerse pena por apreciarse concurrencia en el sujeto de alguna de las eximentes del artículo 20-1,2 y 3 del Código Penal antedichas.

El desenvolvimiento de las diferentes medidas de seguridad no privativas de libertad es el expuesto para las privativas, informando al Juez sentenciador el Juez de Vigilancia Penitenciaria o en su caso los Servicios del Ministerio de Justicia e Interior o de la Administración Autonómica, con la peculiaridad de que dentro del límite temporal pueden imponerse varias medidas no privativas de modo simultáneo.

SUPUESTOS O PARTICULARES

Al penado al que se le concede la libertad condicional el Juez de Vigilancia penitenciaria puede imponerle la observancia de alguna de las medidas previstas como no privativas de libertad en el artículo 105 del Código Penal.

Conforme al artículo 65 del Código Penal texto de 1973 en caso de penados mayores de 16 años y menores de 18 el Juez o Tribunal puede sustituir la pena por internamiento en institución especial de reforma por tiempo indeterminado, medida que no se asienta en un juicio de peligrosidad criminal sino en una renuncia a imposición de la pena apoyada en presunción de menor imputabilidad, debiendo invocarse en todo caso la aplicación del principio de proporcionalidad del artículo 6 del actual Código Penal.

Es sabido que si el autor de un hecho punible presenta al momento de su comi-

sión anomalías o alteraciones psíquicas uno de los aspectos de la decisión judicial será la valoración de la imputabilidad y de la peligrosidad criminal de aquel, por el contrario, si la alteración se presenta después de la dinámica delictiva, pero antes del juicio su celebración se suspende hasta que el acusado recobre la salud mientras que si un sujeto penado como responsable de un delito sufre, tras la comisión de éste y tras el dictado de sentencia firme un estado duradero de trastorno mental grave se suspenderá en su caso la ejecución de la pena privativa de libertad con imposición de asistencia médica precisa, y en el supuesto de que la salud mental se restablezca antes de la prescripción de la pena el artículo 60 del vigente Código Penal permite al Juez o Tribunal por razones de equidad sustituir el cumplimiento de la pena pendiente por su extinción o por una duración de su reducción.

CONSIDERACIONES FINALES

La imposición judicial de medidas de seguridad a autores de hechos delictivos en los que se aprecia de modo pleno o incompleto alguna de las sobredichas circunstancias eximentes del artículo 20-1, 2 y 3 del Código Penal no es directa o automática, requiere una apreciación judicial de peligrosidad criminal en el sujeto justificante de la medida, sea el autor inimputable o semi-imputable, señalando Varela Castro que el hecho delictivo es un síntoma de personalidad y a ella ha de acomodarse la consecuencia jurídica del delito, ahora bien, las afirmaciones que se hacen sobre peligrosidad Criminal, concebida como posibilidad de que el sujeto reincida en sentido vulgar, no se basan en metodologías científicas, médicas o psiquiátricas, se

alcanzan a través de una labor de pronóstico de la vida del sujeto en el futuro de difícil determinación como indica Vives Antón, asentada en lo que Bertolino califica de vaporoso término de probabilidad al no existir directa relación entre delincuencia y enfermedad mental ni instrumentos clínicos capaces de predecir el futuro, refiriendo Espinosa Iborra, citando a la Asociación Americana de Psiquiatría, que la peligrosidad no es diagnóstico psiquiátrico, ni médico, comprendiendo cuestiones de juicio jurídico y definición social, cuestiones que el órgano judicial ha de resolver atendiendo a las pautas comunes de la decisión discrecional (características del hecho, antecedentes personales y judiciales del sujeto, circunstancias sociales actuales del mismo) unidas a los informes de los peritos sobre la enfermedad mental, alteración psicofísica o de la conciencia de la realidad del sujeto, pudiendo y debiendo éstos auxiliar decisivamente la labor decisoria incidiendo en el origen de la enfermedad o alteración, naturaleza, particular desarrollo conocido, entidad actual, evolución clínica habitual, general o mayoritaria, de ser afirmable, de la deficiencia intelectual o volitiva concreta, y tratamiento terapéutico aconsejado, pero los peritos no están en condiciones de determinar "la peligrosidad criminal" de un enfermo mental por tratarse éste de un concepto jurídico, no médico.

En definitiva, el juicio de peligrosidad es un juicio jurídico formulado en términos de probabilidad que debe satisfacer objetivos de política criminal y que, como apunta Sánchez Yllera, puede reducirse en contestar la siguiente pregunta ¿la reincidencia de quién se está socialmente dispuesto a soportar? .En base a criterios objetivos de política criminal no concretados en la norma penal se pide al

Juez que responda, sin parámetros legales expresos, a tal pregunta, pretendiéndose, con más frecuencia de lo deseable, que el Juez o el propio perito tengan virtudes adivinatorias y reprochándose a aquel que permita espacios de libertad a alguien de quien, "a posteriori", se dice que era evidente que iba a delinquir, entrando en un determinismo opuesto a todo el sistema penal, exigiendo la enfermedad del autor de un delito la adopción de restrictiva medida de seguridad sólo si se afirma como necesaria para conjugar una peligrosidad criminal a establecer en cada caso, juicio pronóstico el de peligrosidad en el que la psiquiatría puede ofrecer al Derecho instrumentos para comprender mejor al individuo y las dinámicas que le han conducido al delito.

BIBLIOGRAFÍA

ANCEL, "Penas y medidas de seguridad en el Derecho comparado", 1.956.

BERISTAIN IPIÑA, "Medidas penales en Derecho contemporáneo", Madrid 1.974.

MUÑOZ CONDE, F. GARCÍA ARAN, "Derecho Penal Parte General y Monismo y dualismo en el Derecho Penal Español", en Estudios penales y criminológicos, 1.983.

ORTS BERENGUER, "La medida de internamiento para determinadas eximentes incompletas", Madrid 1.985.

ROMEO CASANOVA, "Peligrosidad y Derecho Penal preventivo", Barcelona 1.986.

SANCHEZ YLLERA, I. "Medidas de seguridad" en Comentarios al Código Penal, 1.995.

VIVES ANTÓN, "Constitución y medidas de seguridad", Poder Judicial 1.986.

Legislación, derechos humanos y trastorno mental

A. Roig Salas

Psiquiatra.
Servicios de Salud mental.Barcelona

INTRODUCCIÓN

El enfermo mental, ha ganado el derecho de vivir y trabajar en la Sociedad como los otros enfermos, sin embargo, aún considerados como “sujetos de Derecho”, la persona con trastorno mental está lejos todavía de ser un Sujeto de Derecho.

CEDEP-Trieste 1998

“Libertad indica la capacidad humana de elegir, sin coacción”. La justicia y la Libertad son conceptos estrechamente vinculados y el valor de la primera depende del de la segunda. De este modo si se envilece la Libertad, también se envilece la Justicia.

T. Szasz “La Teología de la Medicina”

Mi intención en este seminario es tratar de realizar un recorrido sobre los aspectos y cambios más notables en materia de textos legales y derechos de la persona que sufre trastornos psíquicos en España, ya sea en la regulación civil como en la penal.

También desearía mencionar algunos de los documentos o trabajos realizados entre los años 1980 y 1992 por la Comisión de Legislación de la AEN, de la que formé parte durante 10 años, comisión que nació desde la Asociación española de la Neuropsiquiatría, para velar e instar a respetar los derechos del enfermo mental, y revisar su situación clínica y legal en el seno de las Instituciones

Psiquiátricas y Penitenciarias, así como, tener parte activa en los cambios y Reformas Legislativas que felizmente se dieron en la Democracia con una Constitución progresista, que permitió enterrar leyes como el ‘Decreto de 1931’, que conculcaban los derechos fundamentales de la persona con trastorno mental.

LA CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA DE 1978

Insta a los Poderes Públicos a adoptar medidas preventivas, prestaciones y servicios necesarios, en su Artículo 43, para que el “Derecho a la protección de la salud” sea una realidad. Así mismo los poderes públicos deberán centrarse en la atención al enfermo psíquico, dotándole de Protección Asistencial y Jurídica (Art. 49).

El Derecho a la Libertad y a la Seguridad del Artículo 17 de la Constitución, marcará sin lugar a dudas la desaparición del Decreto de 1931.

“SOBRE LA ASISTENCIA A LOS ENFERMOS MENTALES”: BREVE HISTORIA PREVIA AL DECRETO DE 1931

Anterior a dicho Decreto, la Legislación que afectó a los enfermos mentales en España

fue regulada por el Real Decreto de 1885 sobre hospitalidad de los dementes.

La influencia de la Ley Francesa de 1838 en los últimos años del pasado siglo, fue notable en nuestra Ley de 1885 y sobre todo en los médicos de la época.

En la Ley de 1885 se regula por primera vez el ingreso de los dementes y dicta el necesario expediente judicial ante una reclusión definitiva, cuestión que la diferencia de la ley francesa que mantenía un control gubernativo en los internamientos.

Los psiquiatras de la época cuestionaron el Real Decreto, considerándolo dificultoso en las medidas de tratamiento manicomial e inoperante. También en 1908 se mostró en una Real Orden “un número alto de reclusiones no legalizadas” (Aparicio, V. –Norma y Ley en la psiquiatría Española).

EL DECRETO DE JULIO DE 1931

Fue promulgado por la República dos meses después de ser constituida, pese a ser avanzado en sus planteamientos, proponiendo “servicios abiertos” y “voluntariedad”, no respeto la libertad de la persona, planteando un control gubernativo de los ingresos y dando un poder total al médico.

En los cambios políticos posteriores, en la Dictadura, se mantuvo el decreto. Abusando históricamente de los derechos de la persona ingresada en los manicomios, sin garantías, ni control judicial alguno, permitiendo internamientos indefinidos sin revisión.

Como ya mencioné, la Constitución Española de 1978 hace imposible mantener el Decreto de 1931, y lo deroga por anti-constitucional.

Es la modificación del Código Civil en materia de Tutela, y su Artículo 211 el que regulará los internamientos a partir del año 1983.

LA REFORMA DEL CÓDIGO CIVIL DE 1983 (ARTÍCULO 211)

Menciono como relevante este artículo, no solo por ser el único que regula el Internamiento psiquiátrico, pero sino por su importancia en cuanto a la garantía judicial que protegerá los derechos y la libertad de la persona afecta de trastorno mental.

Propone un marco legal avanzado y considera al enfermo mental sujeto de derechos. Su derecho a la salud y a la libertad, derechos constitucionales, no podrán ya ser conculcados.

Los enfermos Institucionalizados en Hospitales Psiquiátricos serán a partir de entonces, pacientes voluntarios y su estancia “indefinida” deberá ser revisada y garantizados sus derechos, situación familiar, posibilidad de vivir en la comunidad...

“SOBRE EL INTERNAMIENTO PSIQUIÁTRICO”. ESTUDIO DE LA COMISIÓN DE LEGISLACIÓN DE LA AEN (1986)

La Comisión de Legislación de la A.E.N. se planteó este estudio en 1986. Tras una encuesta general a 100 Centros Psiquiátricos Españoles sobre: Situación Jurídica, información a los pacientes, cambio de sus ingresos involuntarios a voluntarios, etc...

De los 100 Centros, nos respondieron 30 Centros.

Sobre su Situación Jurídica, 21 dependían de las Diputaciones, 5 de Órdenes religiosas y 1 era de carácter privado.

En 24 Centros el principio de “voluntariedad” no estaba garantizado. En la mayoría de los Centros el paciente debía firmar un impreso, solicitando el ingreso y “comprometiéndose a aceptar las condiciones de hospitalización”. En algunos impresos las condiciones podían ser coactivas y no respetaban la voluntariedad.

En 15 centros los Ingresos Involuntarios se realizaban con la Normativa vigente (Art. 211).

En 7 centros, solo se realizaban Ingresos por la vía de Urgencia, notificándolo al Juez dentro de las 24 horas a partir del ingreso.

En 3 centros, se regían por el Decreto de 1931, abolido hacía 2 años.

En 4 centros, la respuesta en torno al Ingreso Involuntario era anómala.

En cuanto a la relación de los Directores con la Justicia; 20 respuestas referían “buenas relaciones” pese a que 6 directores nunca habían visto desplazarse al Juez a su Centro. 9 directores respondían que el Juez se desplazaba a su Centro. Los 15 centros restantes no respondieron a esta pregunta.

La situación legal de los pacientes crónicos en las Instituciones fue la pregunta que no dio luz en lo que ya nadie ignoraba.

Se constató como en la mayoría de manicomios de nuestro país estaban asilados un considerable número de pacientes crónicos con largos años de internamiento de 20 a 30 años y algunos más. Los años habían marcado su huella, su falta de derechos, de autonomía, sin decisión alguna sobre sus vidas y tratamiento, convirtiendo a “esa mayoría silenciosa” en personas cronificadas.

La falta de Servicios de Rehabilitación, de alojamiento en el territorio en esa época, hizo que pese a su “status de pacientes ingresados voluntariamente”, sin sintomatología activa, la mayoría de ellos siguieran recluidos en los centros.

De los 30 centros encuestados; 11 respondieron que sí habían iniciado las revisiones clínicas en vista a legalizar su situación.

En 4 de ellos, se había promovido la incapacitación masiva de todos sus enfermos, En 1 de estos 4 centros, el juez denegó la incapacitación de todos ellos.

Solo en 7 centros, se afirmaba haber considerado a la mayoría de los pacientes como enfermos “voluntarios” habiendo iniciado el envío de informes a la Fiscalía.

Finalmente constatar que a nuestra pregunta sobre “la información dada a los pacientes sobre su nueva situación legal”. Sólo en 10, de los 30 centros, se informaba a los pacientes.

En 5 centros, no se daba información alguna.

En 12 centros, no se respondió a esta cuestión.

Veámos pues, en este interesante estudio, como algo tan esencial en una Democracia, como el que las personas internadas conozcan sus derechos y su status legal (especialmente en aquellos casos donde ha habido internamientos involuntarios) no se estaba realizando en la práctica. La historia previa del Decreto de 1931, jamás se planteó tales cuestiones.

En nuestras recomendaciones, pedimos una agilización en la coordinación con los Jueces y la Fiscalía. La presencia del juez en las instituciones, la escucha del paciente y la urgente necesidad de regular la situación jurídica de los internados durante largos años en centros psiquiátricos.

Todo ello debía darse paralelamente a la inmediata creación de redes asistenciales intermedias, rehabilitadoras en la comunidad: residencias asistidas, pisos terapéuticos, hospitales de día, centros de día y de reinserción social y laboral, etc... De no ser así, la ley quedaba en vía muerta sin crearse los recursos para ponerla en práctica.

La aplicación del Artículo 211 fue dificultosa en los años iniciales.

El Control Judicial que debía autorizar un ingreso involuntario y garantizar los derechos de la persona se convirtió en muchas ocasiones en “Ordenes Judiciales” que producían el consiguiente estupor o confusión en los médicos de los centros.

Una vez más la distancia enorme entre Justicia y Psiquiatría, constataba la necesidad de diálogo y puesta en común de las nuevas reformas legales.

En el año 1983-84 el Ministerio de Justicia

creó una Comisión Asesora de Juristas –civiles y psiquiatras– para analizar la necesidad que creían una mayoría de profesionales de la Psiquiatría y también algunos expertos Juristas de crear una Ley substitutoria del Decreto de 1931, alegando el posible vacío legal del Artículo 311 por no abarcar algunas cuestiones antes reguladas.

El debate fue intenso. Había, no solo en el seno de la Comisión si no en el país, dos claras posiciones; quienes opinaban que se daba un cierto “vacío legal” y era necesaria una normativa específica en materia de internamiento psiquiátrico. Y la otra postura, de aquellos que opinábamos (y aquí me incluyo como miembro que fui de la comisión) que el Código Civil y su Artículo 211 daba suficiente cobertura legal para regular los internamientos.

¿POR QUÉ NO ACEPTAMOS UNA LEY ESPECÍFICA?

Nos parecía importante defender la integración del enfermo mental no discriminándolo, pese a su vulnerabilidad. El enfermo mental tiene los mismos derechos, que han de ser respetados como cualquier otro enfermo. ¿Por qué crear de nuevo una Ley específica que margina y hace excepcional al enfermo mental?

Los 5 borradores que se redactaron fueron felizmente rechazados, gracias a una gran movilización de nuestra asociación (AEN) que desde diversas autonomías, hospitales del país, enviaron escritos bien fundamentados a la Comisión del Ministerio de Justicia. En ella éramos minoría los que rechazábamos una Ley específica,...las cartas que de forma masiva recibió el Sr. subsecretario del Ministerio, como la opinión de juristas notables y de sus asociaciones progresistas, y subrayo la gran movilización de la AEN y de sus miembros más implicados, fueron fundamentales para que el proyecto de Ley se paralizara.

De aquel periodo guardo un bello e intenso recuerdo. Sin duda, a partir de entonces nuestra breve normativa legal pasó a la historia como una norma avanzada en relación a otros países europeos, donde conceptos como “la peligrosidad para si o para los demás del enfermo mental” continua vigente en sus leyes, discriminando y resaltando una inexistente peligrosidad, que felizmente en nuestras reformas legales ha desaparecido.

Como brillantemente escribe Carlos Castilla del Pino en su prólogo al libro que marcó historia de Bercovitz “La marginación de los locos y el Derecho” (1976):

“... En cualquier caso, la consideración de la peligrosidad del psicótico es un subproducto de una ideología sobre el loco, heredera de la consideración del mismo, como totalmente “enajenado” y alimentada por la angustia que el (presunto) sano, experimenta ante el propio psicótico...”

La peligrosidad social del enfermo mental desaparece en nuestras leyes, y ello es lo que la hace de las más avanzadas de Europa.

El internamiento sea voluntario o involuntario se producirá, tan sólo, por el beneficio terapéutico de la persona y ningún criterio de defensa social asociada a la locura aparecerá en las leyes.

El volver a una Ley específica hubiera hecho resucitar de nuevo el fantasma de la peligrosidad o defensa social, al discriminar al enfermo mental de los otros enfermos.

CIRCULAR 1984 – COMISIÓN DE LEGISLACIÓN

La Comisión de Legislación de la A.E.N. ante la inadmisibile falta de información de los Ministerios de Justicia y Sanidad, sobre la nueva normativa, realizó una circular en 1984 que fue enviada a todos los Hospitales, con el fin de clarificar las pautas a seguir respecto al Artículo 211, así como en los ingresos voluntarios. Estos

últimos no debían notificarse al juez, para con ello velar por la intimidad de la persona.

Pese a ello algunas Juntas de Jueces como la de Barcelona pidió en su día que los ingresos voluntarios también fueran informados al juez, con el fin de controlar los posibles abusos en el acto de voluntariedad.

Los años posteriores se caracterizaron por una intensa coordinación con asociaciones de jueces y fiscales, como Jueces para la Democracia y Unión Progresista de Fiscales. Se crearon, promovidas por profesionales de la Comisión de Legislación de la A.E.N., grupos de trabajo en las diversas Autonomías que posibilitaron documentos, jornadas y sobre todo crearon la plataforma de aproximación entre la Justicia y la Salud Mental, tan necesaria, para posibilitar que los cambios legales pese a la insuficiencia de recursos tanto en la Judicatura como en la Red Asistencial se hicieran reales.

APLICACIÓN DEL ARTÍCULO 211: ALGUNOS DE LOS PROBLEMAS QUE SE DIERON, VÍAS DE SOLUCIÓN POSTERIORES

José M^a Mena en su trabajo “Vigilar y Castigar o Judicializar”, menciona el proceso pendular (antes la responsabilidad se centraba en el poder médico, ahora hacia el lado de los jueces), sobre la función de garantía de la libertad de los pacientes, capaces o no. Añade que debería dotarse de medios para ejercer tal misión a la Justicia, existiendo serias dudas de que ello vaya a ocurrir.

En las grandes ciudades, la autorización judicial de un internamiento involuntario no llegaba a producirse, la ausencia de juzgados civiles dedicados sólo a este tema convirtió el trámite en burocrático. El Juez no se desplazaba a los centros por exceso de trabajo, los procedimientos se enlentecían, el paciente no era escuchado por el juez. (Como antes men-

cioné se decretaban “Órdenes de Internamiento” en lugar de Autorizaciones, como si de un preso se tratara).

Pese a todo, día a día la confusión fue disminuyendo, y se dieron pasos importantes como la creación de la Fiscalía de Internamientos Tutelas e Incapacidades en Barcelona. Pionera como servicio, en su informe anual hizo un lúcido análisis sobre las dificultades de revisar las 6.000 personas entonces ingresadas en Barcelona.

Constatando en sus visitas, “la enorme carencia asistencial”. Así mismo se revelaba la situación de indefensión legal y desatención de los ancianos ingresados en centros (la mayoría de ellos).

Posteriormente la creación de juzgados en Madrid y Barcelona destinados a hacer respetar los derechos de la persona ante su internamiento hicieron posible (pese a su escasez; 2 en Madrid y 1 en Barcelona), que las visitas a los centros psiquiátricos y la escucha por el juez de la persona internada fuera una realidad, y no un texto legal vacío de contenido.

EN TORNO A LA INCAPACIDAD

En nuestra circular, en la justificación jurídica mencionábamos como cuestionable el que al referirse el Artículo 211 “al presunto incapaz” quedara ligado el internamiento con la incapacidad. Esto era un aspecto deficitario de la Ley que decíamos “deberá ser corregido en reformas futuras”. No ha sido así hasta 1.996, donde felizmente desaparece el término “presunto incapaz” y se menciona “el internamiento por razón de trastorno psíquico”.

Durante estos años, la voz de alerta que dimos ya en 1.983, no ha demostrado como el “ligar internamiento a presunción de incapacidad” y la necesidad de proteger a las personas ingresadas en más de una ocasión de forma involuntaria, ha dado paso a proceder a incapacitaciones de forma excesiva y la

mayoría de las veces de forma burocrática. Este ha sido un efecto perverso de la Ley, como hemos señalado muchos.

La incapacitación debe realizarse tan sólo de manera excepcional y siempre a ser posible de forma temporal, gradual o parcial. La incapacitación, puede ser sin duda una garantía, pero también es una restricción clara de derechos, y nada tiene que ver, con la necesidad de uno, dos o más internamientos, que mientras sean autorizados por vía Judicial, ya quedan garantizados los derechos de la persona. La incapacitación declarada en sentencia priva de la “capacidad de obrar” o sea de realizar actos con eficacia jurídica, mientras, permanece la capacidad para ser titular de derechos y obligaciones inherentes a la condición de personal. Medidas como la Curatela o “el guardador de hecho”, podrían ser utilizadas en lugar de incapacidad total.

En Bélgica, su reciente “Ley de Protección de los derechos” introduce la figura del administrador, sin que el paciente haya sido incapacitado. Esta figura, protege, y resguarda uno o varios temas de la vida del paciente (tratamiento, bienes...)

La incapacidad ha de promoverse solo, cuando todos los medios posibles y alternativos se hayan agotado.

EL DEFENSOR DEL PUEBLO: ESTUDIO DE 1991

El Defensor del Pueblo en su Estudio de 1991 sobre “la situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España” nos señala de forma exhaustiva algunas de las situaciones de indefensión que siguen dándose, pese a la normativa vigente que protege y garantiza derechos.

En una de sus conclusiones, menciona “La ausencia de criterios generales e instrucciones por parte de la Administración Sanitaria sobre cautelas, o garantías en relación a los Ingresos Voluntarios en Unidades de Hospitalización

Psiquiátrica”.

También muestra preocupación por la constatación de la necesaria mejora en el control judicial de los tratamientos y asistencia en los hospitales públicos y en los privados, en lugar de limitarse a dar autorizaciones de internamiento a través de dictámenes de los psiquiatras que conocen al enfermo o del forense.

Constata, el Defensor del Pueblo, como el 60% de los internos en centros psiquiátricos no deberían estar allí internados y si en Residencias de Ancianos u otros Dispositivos Asistenciales.

En el año 1.988 el Defensor del Pueblo ya había planteado temas relevantes sobre “La enfermedad mental en los Centros Penitenciarios”.

REFLEXIONES EN TORNO AL CÓDIGO PENAL DE 25 DE MAYO 1996

Quisiera resaltar los cambios importantes que el nuevo Código penal incorpora y también algunas de las cuestiones preocupantes que deberán en el futuro ser tenidas en cuenta como el exceso de apertura en la declaración de inimputabilidad, ampliación de supuestos eximentes de responsabilidad, que inquieta a aquellos que propugnamos la necesaria responsabilización de la persona con trastorno mental que comete delito.

El nuevo Código termina con la Ley de Peligrosidad Social de 1.970 y con la “peligrosidad pre-delictual” que tanta indefensión generó y tanto discriminó injustamente y sin ningún fundamento científico, al enfermo que cometió delito.

Las medidas de seguridad dejan de ser indefinidas, limitándose la temporalidad de ellas. La desaparición del término “enajenación mental” substituida por “anomalía o alteración psíquica”, termina con la histórica asociación de enajenado versus exención de

responsabilidad.

El Artículo 20 del nuevo Código, como veremos plantea los supuestos de exención de responsabilidad criminal en:

1.1. “El que al tiempo de cometer la infracción penal, causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión”

1.2. “el que al tiempo de cometer la infracción penal, se halle en estado de intoxicación plena, por el consumo de “bebidas alcohólicas”, drogas tóxicas, estupefacientes, psicótropos y otras, que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión, o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impide comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión”.

6. El que obre impulsado por miedo insuperable.

Frente a este artículo, y sin tratar de profundizar en ello, nos encontramos de nuevo como el Derecho Penal insiste en “proteger” excluyéndole, a la vez, al enfermo mental. Declarándole irresponsable, frente a un abanico amplio de posibles estados que pueden generar un catálogo interminable de “seres irresponsables” frente a la Justicia.

Todo ello, cuando son cada día más numerosas las voces en España y en el resto de Europa, que plantean cuestionar la inimputabilidad del enfermo mental.

Proponiendo como indispensable elemento terapéutico en los tratamientos del paciente, el que se le trate como un ser Responsable, condición rehabilitadora fundamental en su evolución así como en sus derechos respetados.

No se comprende como se sigue sin aceptar, algo que la clínica demuestra, y es, la inaceptable admisión de la “total ausencia de comprensión de los actos cometidos”, como

persiste “la inimputabilidad fundamentada por capacidad de entender y de querer”. Conceptos ambiguos, cuestionables y poco rigurosos.

Ampliar los supuestos de inimputabilidad es en mi opinión un serio retroceso del Código Penal.

ARTÍCULO 96-101 – 105: MEDIDAS DE SEGURIDAD

La ley contempla aquellas Privativas de libertad en centros psiquiátricos. En las no privativas de libertad, la sumisión a tratamiento ambulatorio en centros médicos o de carácter socio-sanitario.

Hay que recordar que en la reforma tan esperada del Código Penal anterior (reforma de 1.983) se introdujo como algo positivo y avanzado frente a otros Códigos Europeos, el tratamiento ambulatorio como medida alternativa al tratamiento, sin embargo, fue seriamente criticado y cuestionado por no resolver el carácter indefinido del internamiento en las medidas dirigidas a la persona declarada irresponsable.

El ser ininmutable conllevó durante décadas la ausencia absoluta de derechos, los internamientos sine die en los centros psiquiátricos penitenciarios, vulnerándose el derecho a la libertad y al tratamiento.

BREVE RECUERDO HISTÓRICO

La Comisión de Legislación de la A.E.N. En 1.985 realizó un informe después de una larga visita del Centro Psiquiátrico Penitenciario de Carabanchel. En 1.987 se realizó el informe de la visita a Fontcalent (Alicante).

Los informes dan cuenta exhaustiva de la dura y atroz situación de los internos en aquellos centros.

Carabanchel, algo así como el infierno:

300 reclusos en condiciones lamentables, sin defensa, sin control judicial, sin tratamiento adecuado, sin día de salida (incluso aquellos en estado “de preventivos”), tratados por otros presos en “calidad de enfermeros”... Me sobrecoge todavía hoy, el recuerdo de las horas allí pasadas.

En nuestras recomendaciones, ya entonces, denunciábamos la ausencia de “límite temporal de los internamientos” en las personas declaradas imputables. La aberración de tal ilegalidad, la urgente necesidad de una revisión legal de los centros psiquiátricos penitenciarios, por conculcar los derechos fundamentales de la persona, y por supuesto, por su inexistente beneficio terapéutico o rehabilitador.

Una de nuestras propuestas fue la de adecuar enfermerías en las prisiones, donde equipos de salud mental comunitarios, pudieron realizar la asistencia de los internos con todas las garantías sanitarias y derechos respetados.

Los informes fueron enviados al Ministerio de Justicia, a la Fiscalía General del Estado, a Asociaciones Médicas y Judiciales, a medios de comunicación, etc...

La Fiscalía General del Estado, posteriormente trasladó en una circular, ejemplar, la revisión de la situación jurídica de los internos a las Fiscalías. El Ministerio así mismo, aceptó e instó la necesidad de Reformas. Años después Carabanchel fue clausurado. Hoy permanece Fontcalet y un centro de construcción reciente en Sevilla-2.

Preocupa la tendencia actual a construir nuevos centros psiquiátricos penitenciarios de “nueva tecnología” más humana, más asistencial, de menor cabida pero de hecho, conllevando la misma contradicción y posibles riesgos que los anteriores mencionados.

VOLVIENDO AL PRESENTE Y AL NUEVO CÓDIGO PENAL ESPAÑOL

Debemos celebrar que su Artículo 101,

ponga fin a la Indefensión y promueva “los límites temporales” para todas las medidas de seguridad, que no podrán tener mayor duración que la pena, que se hubiere aplicado al delito cometido.”

Artículo 101: a) El internamiento no podrá exceder el tiempo que habría durado la pena privativa de libertad si hubiera sido declarado responsable el sujeto.

Esto ha sido sin duda el mejor logro del nuevo Código Penal.

El Artículo 106, requiere la existencia de una red de dispositivos asistenciales, sociales y rehabilitadores para poder acoger y atender al paciente cuando concluya su medida de seguridad o durante la misma.

Los servicios sanitarios tan históricamente alejados de los judiciales deberán hacer un claro esfuerzo de aproximación y compromiso para ofrecer la asistencia a la población que requiera, bien después del internamiento o bien en la medida sustitutoria de tratamiento ambulatorio en los centros de salud mental, y/o sociosanitarios.

Todo ello es una realidad para la cual habría que sensibilizar y concienciar a los equipos asistenciales que miran con desconfianza la obligatoriedad de un tratamiento dictado por los tribunales y su posible utilidad.

La ausencia de lo que ya desde hace largos años se da en otros países (por ejemplo Inglaterra) de comisiones mixtas de Seguimiento y evaluación sanitarias, judiciales, de defensa del paciente o representación del mismo es algo preocupante en nuestro Código.

La constitución de las mismas podría evaluar de forma individual el mejor tratamiento o destino de la persona, así como velar por sus derechos en su evolución clínica, rehabilitadora y social durante la medida privativa de Libertad, como también en la de tratamiento ambulatorio.

BIBLIOGRAFÍA

DOSSIER LEGISLACIÓN PSIQUIATRÍA.
Revista AEN núm, 8 págs. 132-142. Roig, A. y

Grupo de Trabajo Legislación de Barcelona
 “LA TEOLOGÍA DE LA MEDICINA”. Szasz, T.
 Tusquets Editores.

LEGISLACIÓN, DERECHOS Y SALUD
 MENTAL. Díez, M^a E. Compilación. Oviedo 1992.

TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO,
 RESPONSABILIDAD Y LEY: UNA ARTICULA-
 CIÓN IMPRESCINDIBLE. García González, J.
 Oviedo 1992

“LA SITUACIÓN JURÍDICA Y ASISTENCIAL
 DEL ENFERMO MENTAL EN ESPAÑA”.
 Defensor del Pueblo. 1992

“CAMBIOS EN EL MARCO JURÍDICO Y
 LEGAL DE LA ENFERMEDAD MENTAL”. M^a
 Eugenia Díez. “La psiquiatría en la España del Fin
 de Siglo”.

LA MARGINACIÓN DE LOS LOCOS Y EL
 DERECHO. Bercovitz, R. Taurus. 1976

LA IDEOLOGÍA DE LA LOCURA EN LA
 PRÁCTICA PSIQUIÁTRICA ACTUAL. Castilla
 del Pino, C. 1976

“NORMA Y LEY EN LA PSIQUIATRÍA
 ESPAÑOLA”. Aparicio, V. y Sánchez, A.E. Revista
 AEN núm. 61. 1997

“PSIQUIATRÍA Y DERECHOS HUMANOS”.
 Arecherreda, J.J. (Duphar-Nezel).

REFLEXIONES SOBRE LA PRÁCTICA DE
 INTERNAMIENTO PSIQUIÁTRICO. Comisión
 de Legislación AEN: Capilla, T. Carballo, S.
 González Duro E. Roig, A. Revista AEN. núm. 31
 1989.

“LA LEY EN LA PRÁCTICA: 5 AÑOS DE EX-
 PERIENCIA”. Roig Salas, A. Revista de la AEN.
 Núm 6 (18). 1986.

LEY 24 DE OCTUBRE DE 1983. Reforma del

Código Civil. Revisión 1986.

LEY ORGÁNICA 10/95 – 23 NOVIEMBRE.
 Código Penal.

LEY ORGÁNICA DE SANIDAD. Madrid 1986.
 Artículos 10-20.

“CIRCULAR – SITUACIÓN ACTUAL DE IN-
 TERNAMIENTO PSIQUIÁTRICO”. Comisión de
 Legislación de la AEN. Revista AEN. núm. 9. 1989

ESTUDIOS SOBRE LA SITUACIÓN DE LOS
 RECLUSOS EN LOS CENTROS
 PSIQUIÁTRICOS PENITENCIARIOS DE
 CARABANCHEL Y FONTCALENT. Comisión de
 Legislación de la AEN: Carballo, S, González Duro,
 E. Capilla, T. Roig, A. García, R. González O. Díez,
 E y Mayoral, F. Revista AEN núm. 23. 1997.

“VIGILAR, CASTIGAR O JUDICIALIZAR”.
 Mena, J.M^a (Fiscal. Revista Poder y Control núm. 2

LEGISLACIÓN RELATIVA A LA SALUD
 MENTAL: ESTADO DE LA CUESTIÓN EN
 ESPAÑA. González O. Huelva. 1996.

EL ENFERMO MENTAL EN EL NUEVO
 CÓDIGO PENAL. Espinosa, J. Revista de la AEN
 núm. 64. 1996.

COMITÉ ÉTICA-DERECHO-PSIQUIATRÍA
 EUROPEO. Dossier CEDEP “seminario de
 Estudios Europeos. Madrid, Octubre 1994.

Conflictos y dilemas éticos en la atención psiquiátrica

Santander, F.
Hernanz, M.

Psiquiatras
Servicios de Salud mental. Alava

EXPERIENCIA DE UN COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

RESUMEN: El debate ético sobre la corrección y la bondad de las prácticas psiquiátricas se ha enriquecido y sistematizado con las aportaciones provenientes de la bioética. Se enuncian algunos conceptos básicos y metodológicos de la bioética. Algunos problemas éticos como la confidencialidad, la información y el consentimiento informado son comunes a la atención psiquiátrica y a otras especialidades médicas. Sin embargo, ciertas limitaciones teóricas y las situaciones que cuestionan la autonomía o capacidad del enfermo aportan características específicas al debate ético en áreas psiquiátricas. También las relativas a los problemas relacionados con el diagnóstico psiquiátrico, la diversidad de metas y métodos terapéuticos, la intimidad, la restricción de libertad del paciente, la justicia distributiva, la investigación y experimentación, o la beneficencia ejercida con los pacientes psiquiátricos.

Finalmente se describe la experiencia de los Comités de Ética Asistencial de Salud Mental de la C.A. Vasca y especialmente el de Salud Mental de Álava, señalando algunas de las dificultades para su implantación y el trabajo realizado en este tiempo.

ABSTRACT: Bioethics' contributions have enriched and systematized the ethical discussion on the goodness and properness of psychiatric practice. In this paper some basic and methodologic concepts of Bioethics are outlined. A number of ethical problems such as confidentiality, information and informed consent are shared with other medical specialties. However, some theoretical shortcomings and those situations questioning the patient's autonomy or competence bring forward specific characteristics to ethical discussion in Psychiatry. Also, problems arisen by psychiatric diagnosis, the diversity of therapeutic goals and methods in Psychiatry, privacy, restriction of patients' liberty, distributive justice, research and experimentation or beneficence towards psychiatric patients.

Finally, the experience of Care Ethics Committees in the Basque Autonomous Community, and especially that of Mental Health in Alava is described, pointing out some difficulties found in their implementation, as well as the work done in this field.

1. INTRODUCCIÓN

La historia de la psiquiatría, ya desde su inicio como disciplina médica diferenciada, es rica en debates sobre los dilemas éticos que plantea la asistencia a las personas que sufren

trastornos mentales. Así, podemos recordar algunos hitos históricos tales como “la liberación a los locos de sus cadenas” en la Francia de finales del S.XVIII, el “tratamiento moral” en los asilos de enajenados del S.XIX e inicios del XX, la denominada “antipsiquiatría” de la

década de los 60 y 70 y el movimiento antiinstitucional y de psiquiatría comunitaria, que cuajaron en los procesos de reforma de la asistencia psiquiátrica de los últimos 25 años. Durante los años 70 y 80 fueron frecuentes los debates -muchas veces con gran trascendencia pública- sobre los modos de tratamiento y su legitimidad o moralidad, especialmente en aquellos momentos y lugares donde se promovía la superación de la institución manicomial para dignificar la asistencia a la enfermedad mental.

En los últimos años los debates sobre la corrección y bondad de las prácticas psiquiátricas se han enriquecido y sistematizado con las aportaciones provenientes de la bioética, rama del conocimiento que aporta un referente estructurado para la reflexión sobre la ética de las prácticas asistenciales sanitarias.

Algunos de los elementos que han promovido el debate bioético de las últimas décadas son: los avances técnicos de la medicina, que plantean decisiones mucho más complejas y difíciles; el desarrollo de los Derechos Humanos, que incluyen el derecho de las personas a decidir sobre lo que les afecte y a vivir según sus propios proyectos; y la generalización del derecho a la asistencia sanitaria, que obliga socialmente a plantear la distribución y límites de los recursos que se dedican a la asistencia sanitaria.

En esencia, lo que la bioética plantea es que hablar de aspectos éticos en cualquier área clínico-asistencial no es otra cosa que introducir junto a los hechos la cuestión de los valores.

Metodológicamente, la mayoría de los teóricos de la Bioética aceptan como punto de partida un sistema de referencia de carácter formal, expresado en dos principios:

- principio ontológico: "el ser humano es persona y en cuanto tal tiene dignidad y no precio"

- principio ético: "en tanto que personas, todos los seres humanos son iguales y merecen

la misma consideración y respeto".

Este sistema de referencia se propone como exigible siempre y universalmente, es decir, como válido para cualquier ser humano y en cualquier situación, no admitiendo por ello excepciones.

Los grandes teóricos y fundadores de la bioética en Estados Unidos, Tom Beauchamp y James Childress son reconocidos fundamentalmente por haber establecido los cuatro grandes principios que, a su juicio, son asumibles por todos los seres racionales. Muy resumidamente estos principios se expresan así:

- No-Maleficencia: que obliga a no dañar a los demás ("primun non nocere") y por lo tanto a realizar correctamente el trabajo profesional; o dicho de otro modo: realizar buenas prácticas clínicas.

- Justicia: que obliga a proporcionar a todos las mismas oportunidades en el orden de lo social; no discriminando, segregando o marginando;

- Autonomía: que exige reconocer que todas las personas, mientras no se demuestre lo contrario, son capaces de tomar decisiones y disponer de sí mismas libremente

- Beneficencia: que exige hacer el bien, según los "criterios de bien" del posible beneficiado o paciente y a representarle cuando éste no pueda hacerlo por sí mismo.

En la permanente toma de decisiones que exige la relación asistencial estos cuatro principios a veces entran en conflicto, tanto entre sí como con las consecuencias de los actos clínicos. El profesor Diego Gracia propone que deben ser dotados de una jerarquía interna que permita orientar aquellas situaciones en que no pueden ser preservados todos ellos. Así, la No-Maleficencia y la Justicia marcan los mínimos éticos -universales- exigibles siempre (incluso por la ley); por ello se denominan "de primer nivel" y entrarían en el dominio de "lo público". Sin embargo, la Autonomía y la Beneficencia, (que tienen que ver sobre todo con los proyectos vitales de las personas -particulares-, con sus máximos éticos y sus pro-

pías jerarquías de valores), tendrán que ser protegidos y han de respetarse, pero no podrán ser absolutamente exigibles si ello supone hacer daño o discriminar; se les denomina “de segundo nivel” y entrarían en el ámbito de “lo privado”.

2. CONFLICTOS ÉTICOS EN LA ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA

Algunos de los problemas que se plantean en el debate ético en psiquiatría son comunes a los de otras especialidades médicas, tales como la confidencialidad o la información y el consentimiento informado. Pero la alta frecuencia de situaciones en las que se debe cuestionar la autonomía o capacidad del enfermo para decidir y algunas limitaciones teóricas de las disciplinas que constituyen el saber psiquiátrico, añaden una complejidad específica.

En la práctica psiquiátrica se dan una serie de factores que ponen más en evidencia la necesidad, arriba enunciada, de integrar los valores junto a los hechos en el proceso de toma de decisiones clínicas. Algunos de ellos son:

Factores culturales y sociales

– Patrones sociales imperantes en las actitudes hacia la enfermedad mental.

– La consideración, o el fantasma, de la presunta peligrosidad del paciente psiquiátrico, que conlleva una exigencia al profesional de ser garante de su control y custodia.

Factores teóricos y epistemológicos

– La coexistencia de paradigmas y modelos teóricos diversos (biológico, conductual, cognitivo, psicoanalítico, sistémico...) de explicar el enfermar psíquico y la multiplicidad de técnicas terapéuticas de ellos derivadas.

– Factores que complican la diferenciación y definición de las categorías diagnósticas en psiquiatría: variabilidad clínica psiquiátrica entre individuos con un mismo diagnóstico; la diversidad de síntomas que se observan en muchos síndromes y que son compartidos por

diversas entidades nosológicas; ausencia de signos biológicos que ayuden al diagnóstico; etc...

Factores específicos de la relación sanitario-paciente

– La variabilidad de la capacidad o competencia del paciente a lo largo del proceso de enfermedad y que afectará a la toma de decisiones sanitarias

– La posible falta de conciencia de enfermedad, que en muchos casos de trastorno más severo va a influir en el tipo de relación a establecer.

Una vez esbozadas algunas de las características diferenciadoras de la psiquiatría frente a cualquier otra especialidad médica señalaremos, sin ánimo de ser exhaustivos, los conflictos éticos más relevantes de la práctica asistencial en el terreno de la salud mental.

2.1. Los problemas del diagnóstico y psiquiátrico

El diagnóstico es el punto de partida y soporte de todo acto clínico, delimitando la susceptibilidad y necesidad de actuación y perfilando la intervención terapéutica posible.

• Diversidad de sistemas diagnósticos:

El primer problema con el que nos encontraremos es la existencia de criterios y sistemas clasificatorios diversos. Recordemos el conocido caso de la investigación psiquiátrica conjunta USA - Reino Unido llevada a cabo en los años 60. Al finalizar la misma se observó que el porcentaje de pacientes diagnosticados de esquizofrenia o psicosis maniaco depresiva (ahora trastorno bipolar) difería enormemente entre ambos países. Esta variabilidad diagnóstica era debida a la falta de criterios diagnósticos unificados y compartidos. Con el tiempo se llegó a la elaboración de las clasificaciones diagnósticas actuales DSM-IV y CIE-10, que, aunque cada vez aproximan más los conceptos, siguen utilizándose

de forma separada por los psiquiatras y psicólogos de ambos continentes.

• **Variabilidad clínica de un mismo diagnóstico:**

El panorama diagnóstico se complica por la carencia de signos objetivables y cuantificables y por la variabilidad de la expresión clínica de la misma enfermedad en determinados momentos de la vida del paciente. Así una esquizofrenia en fase aguda comparte pocas similitudes con un deterioro esquizofrénico de 30 años de evolución, en el que prima más el deterioro de funciones instrumentales y de habilidades para desenvolverse en el campo de las relaciones familiares y sociales que la presencia de delirios o alucinaciones.

• **Uso espurio del diagnóstico:**

Uno de los mayores riesgos de mal uso del diagnóstico psiquiátrico es caer en la tentación de explicar conductas rechazables, desviadas o inadecuadas, recalificándolas como enfermedades y permitiendo así la intervención sobre sujetos asociales o socialmente indeseables.

Inadecuado es también la utilización del diagnóstico para fines no estrictamente clínicos (fines legales, económicos, de provecho personal, ...)

La discriminación (social, sanitaria, ...) en razón de la existencia de un determinado diagnóstico es injustificable, aunque la historia de las enfermedades mentales esté plagada de ejemplos desgraciados en este sentido.

• **Riesgos de la emisión de un diagnóstico:**

No emitir o clarificar un diagnóstico antes del inicio de un proceso terapéutico.

Elaborar diagnósticos incorrectos por impericia o por falta de adecuación en el proceso diagnóstico.

Convertir determinados diagnósticos en sinónimo de incompetencia, (ej: psicosis). Como se verá más adelante, la valoración de la

capacidad / competencia es mucho más compleja y va más allá de la elaboración de un diagnóstico.

• **Sobre la información del diagnóstico:**

No respetar el derecho del paciente a ser informado o hacer un uso abusivo del denominado “privilegio terapéutico” del clínico para no informar al paciente en virtud de un hipotético daño al recibir la información.

Inadecuado sería asimismo el no ser suficientemente delicado o cuidadoso en ese proceso de información, que siempre ha de ser individualizado

Respecto a la comunicación a terceros (familiares u otros), siempre habrá que preservar la confidencialidad debida por lo que la autorización previa del paciente se hace imprescindible. Sin embargo, cuando hablamos de pacientes incapaces o incompetentes (bien sea de modo transitorio o de modo continuado), hay que cuidar de no obstaculizar la acción benéfica de la familia o tutores cuando se hacen precisas decisiones subrogadas o de sustitución.

2.2. La terapéutica: diversidad de metas y diversidad de modos

Cualquier actuación terapéutica tiene una dimensión moral que podría calificarse de buena o mala según que el perjuicio que se pudiese derivar sea proporcional a la eficacia o beneficio.

Dependiendo del caso, del contexto terapéutico y del modelo conceptual de trabajo utilizado, se podrá tender a una diversidad de metas terapéuticas: resolución de la crisis, aliviar el malestar, integrar la identidad psicológica, incrementar el conocimiento de sí mismo, resolver conflictos en las relaciones interpersonales, mejorar la adaptación al entorno, lograr cambios en el comportamiento, evitar riesgos para la vida del paciente y para terceros, eliminar conductas inadecuadas, incrementar la autonomía del sujeto y la integra-

ción en su medio, frenar su deterioro, desarrollar o recuperar habilidades, ... en última instancia la meta fundamental será el incrementar la autonomía personal del individuo.

Sea cual sea la meta o metas planteadas, el mínimo exigible es que sea negociada entre el terapeuta y el paciente, de modo que ambos trabajen conjuntamente en un proyecto común.

Los terapeutas deben saber apreciar las limitaciones del proceso diagnóstico y de las influencias de escuela que convierten ciertos diagnósticos y tratamientos en más seductores para su elección, evitando sesgos.

La propuesta y elección de una alternativa terapéutica habrá de estar basada en la adecuación a la persona y al problema a tratar y en la eficacia contrastada de la técnica escogida para el problema o problemas planteados.

• Las psicoterapias

Algunos de los problemas éticos que pueden plantearse en este campo se tratarán de modo genérico más adelante (confidencialidad, intimidad, consentimiento informado, ...), pero quizá los más específicos vienen asociados a estos aspectos:

- La aún deficiente claridad en cuanto a criterios de indicación de cada tipo de psicoterapia y en cuanto a la evidencia contrastada de efectividad de los diferentes tipos de psicoterapia.

- La correcta elección de la terapia a realizar, ajustada a la clínica y a las necesidades y demanda del paciente y no meramente a las preferencias del profesional.

- La accesibilidad y disponibilidad de ellas (sobre todo en contextos públicos)

- La correcta formación teórico-práctica del terapeuta.

• Terapias psicofarmacológicas y biológicas

Las modernas terapéuticas psicofarmacológicas, iniciadas en los años 50, han traído consigo una serie de ventajas indudables: mejora de la calidad de vida de los pacientes, freno a la institucionalización, incremento del

saber sobre las enfermedades mentales, reconocimiento de la psiquiatría como rama “científica” de la medicina, etc. No obstante, los psicofármacos siguen siendo una terapéutica sintomática y paliativa.

Enumeramos a continuación algunos de los problemas de tipo ético que pueden surgir con el uso de los psicofármacos:

- Incorrección en la indicación o inadecuado balance beneficios/ riesgos.

- Desconocimiento o conocimiento parcial de las sustancias utilizadas (indicación, dosis, interacciones, efectos secundarios).

- Utilización para fines diferentes del terapéutico o ampliación indebida del límite terapéutico. Tal sería el caso del uso de medicación para paliar trastornos de conducta en razón de la poca dotación de personal de unidades de hospitalización o residencias de ancianos.

- Uso de placebos.

- Elección del fármaco por motivos no estrictamente científicos (promoción, presión de la industria farmacéutica, “favores debidos”, etc...).

- Defecto de información suficiente y adecuada al paciente respecto al tratamiento prescrito.

- Límites en la administración de tratamientos en contra de la voluntad del paciente.

- Retirada de tratamientos a solicitud del paciente, aún sabiendo que la recaída es previsible.

Respecto a las otras terapias de tipo biológico (terapia electroconvulsiva y psicocirugía), el riesgo potencial de ambas, aún siendo diferente para cada caso, es tan alto que ha de requerir una escrupulosa sistemática de correcta indicación, completa y rigurosa información, valoración del grado de competencia del paciente para decidir, consentimiento informado escrito y correcta aplicación.

• Rehabilitación psiquiátrica

Mención especial merece la rehabilitación psiquiátrica como proceso a largo plazo en el

que es preciso que el paciente participe y cuya índole no es exclusivamente terapéutica, sino con gran componente educacional que debe ayudar a los pacientes a reconstruir su proyecto vital.

En este campo podemos encontrar algunos problemas éticos:

- Uso de programas o técnicas no contrastados o personal no suficientemente formado en técnicas de rehabilitación psiquiátrica.
- Ausencia de planes individualizados y adecuados a cada paciente.
- Programas de tiempo excesivamente limitado o excesivamente dilatado.
- Escasez de estructuras intermedias y de otros recursos comunitarios (alojamientos protegidos o supervisados, centros ocupacionales, clubs de tiempo libre, trabajo protegido, etc...).
- Altas apresuradas motivadas por la limitación de recursos.
- Abuso en el manejo de los recursos económicos de los pacientes para lograr el seguimiento del tratamiento.– Insuficiente respeto a la intimidad del paciente.
- Pérdida de los límites de la confidencialidad cuando intervienen otras estructuras sociales no sanitarias.

2.3. La Restricción de la libertad como medio terapéutico

En la práctica psiquiátrica los momentos en los que se restringe la libertad del paciente son principalmente en la hospitalización involuntaria, en el uso del aislamiento y de la contención física.

• Hospitalización involuntaria

A diferencia del ingreso hospitalario voluntario (en el que se formaliza un contrato entre el paciente y la institución, que puede ser rescindido por ambas partes), el ingreso involuntario está regulado por la ley (art. 211 del Código Civil, modificado por la Ley de Protección Jurídica del Menor).

El ingreso involuntario es una medida extraordinaria basada en una indicación médica ante una situación clínica justificada y que es pertinente mientras persista la patología que lo originó. En esta situación se prioriza la necesidad de cuidados sobre el derecho a la autonomía del paciente. En cuanto la situación clínica del paciente lo permita se le informará de las características del tipo de ingreso, el diagnóstico de presunción, el tratamiento a seguir, señalándole que la autorización de ingreso está en manos del juez.

Surgen conflictos éticos cuando el ingreso involuntario se realiza por motivos no estrictamente clínicos, tales como alteración del orden público, problemas sociales, económicos, presión familiar, etc. También cuando el paciente voluntariamente ingresado solicita el alta voluntaria o mantiene una negativa a seguir las indicaciones del tratamiento y el psiquiatra procede a solicitar al juez su conversión en ingreso involuntario, sin tener en cuenta la competencia del paciente.

Este asunto de la competencia para decidir es también crítico cuando un paciente claramente incompetente por su situación psicopatológica accede a ingresar voluntariamente. Actualmente hay una tendencia a considerar que en este caso el ingreso habría de ser involuntario pues la capacidad para aceptar voluntariamente el ingreso es presumible que esté también mermada, así, ¿podría considerarse voluntario –aunque lo firme– el ingreso de un paciente con un estado de demencia moderada-grave, o el de un esquizofrénico que presenta una franca desorganización del pensamiento?.

• Aislamiento y contención

Son medidas extraordinarias que en su uso deben ajustarse a claras indicaciones y contraindicaciones psiquiátricas y suelen utilizarse solamente en estados de agitación psicomotriz, estados confusionales o estados de auto-heteroagresividad .

Recordemos aquí algunas de las posibles in-

dicaciones, siempre y cuando no exista otra alternativa terapéutica de similar efectividad para la situación:

- Para prevenir daños inminentes hacia sí mismo, hacia los demás o hacia el entorno, si otros métodos de control son ineficaces o inapropiados.
- Para asegurar el seguimiento del tratamiento prescrito cuando se asocia a conducta agresiva o riesgo inminente de la misma.
- Para reducir al mínimo la medicación durante la observación de pacientes agitados por delirium o psicosis.
- Para prevenir daños durante la administración urgente de medicación.
- A petición del paciente, si además el procedimiento está clínicamente indicado.

Como contraindicaciones (que indicarían un uso clínica y éticamente incorrecto) estarían la aplicación de estas medidas como castigo por una transgresión, como respuesta a una conducta molesta, como respuesta al rechazo del tratamiento, por simple conveniencia del equipo y, obviamente, cuando exista una alternativa terapéutica diferente de similar eficacia.

Para evitar un mal uso de esas medidas se hace necesaria una “protocolización” en la que se recojan indicaciones y contraindicaciones, quién realiza la indicación, forma de ejecución que sea lo menos discriminatoria y dañina para el paciente, indicación del cese de la medida, registros escritos, además de revisión sistemática de la medida por parte del psiquiatra y de enfermería señalándose los horarios en que debe realizarse.

Es recomendable además que, a posteriori, se mantenga una entrevista con el paciente en la que se le expongan los motivos que llevaron a tomar esta indicación y se escuchen sus temores y angustia durante su aplicación. También es conveniente fomentar la expresión grupal de las emociones del personal que ha intervenido en la aplicación de la medida.

2.4. Investigación y experimentación

Los ensayos clínicos deben ajustarse a los postulados éticos contenidos en la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 1964). Esta Declaración en su punto 1.4 indica que "la investigación biomédica en seres humanos no puede considerarse legítima si la importancia de su objetivo no está en proporción con el riesgo que corre el sujeto". También en su punto 1.7 dice: "los médicos deben abstenerse de realizar proyectos de investigación que comprometan al ser humano si consideran que no pueden prever los riesgos vinculados con dichas investigaciones; deben interrumpir cualquier investigación si se pone en evidencia que los riesgos superan a los posibles beneficios". En la Declaración de Helsinki se recoge también que el sujeto del experimento debe acceder a él voluntariamente.

Este código ético surgió tras los abusos que se habían producido en la experimentación con seres humanos desprotegidos, como enfermos mentales, prisioneros, minorías, etc.

El problema moral de los experimentos con seres humanos está en el "riesgo". El índice de proporcionalidad, en este caso, el riesgo/beneficio que proporcionan, será un indicador de si el ensayo puede suponer un avance científico de utilidad práctica.

En España, los requisitos para la realización de ensayos clínicos están recogidos en un Real Decreto del año 93 y en la Ley del Medicamento. Entre ellos figura que el sujeto que va a participar en un ensayo debe otorgar libremente su consentimiento, previamente informado, que podrá revocar en cualquier momento y exige la creación de “comités éticos de investigación” como instancias que supervisan y velan por el cumplimiento de la normativa.

Los pacientes mentales podrán participar en ensayos clínicos siempre y cuando el balance riesgo-beneficio no perjudique al paciente. Aunque la participación en ensayos clínicos de forma voluntaria y libremente consentida ha

contribuido al avance psicofarmacológico de los últimos años, un tema largamente debatido es la licitud ética de los estudios clínicos frente a placebo en el caso de graves enfermedades o situaciones clínicas críticas (esquizofrenia, depresión, crisis de ansiedad,...) cuando existen alternativas terapéuticas eficaces para aliviar el sufrimiento del enfermo.

2.5. Confidencialidad

El derecho a la confidencialidad se recoge en la Ley General de Sanidad, art. 10: "...confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones...".

Guardar la debida confidencialidad puede ser complicado, tanto por la diversidad y número de profesionales que intervienen en la atención psiquiátrica (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, auxiliares de clínica, monitores, terapeutas ocupacionales, etc.) como por las características de la información obtenida a través de las entrevistas, tanto concerniente al paciente como a la familia. Todas las personas que, de una u otra manera, intervienen en la asistencia sanitaria o tienen acceso a información clínica por su actuación laboral (personal administrativo, etc.) están obligadas a guardar confidencialidad.

El consentimiento libre del individuo es absolutamente necesario para conocer o profundizar en su interioridad, tal como se hace en la exploración psiquiátrica, en el proceso de elaboración de la historia clínica, en las consultas de seguimiento y en las psicoterapias.

Los contactos con familiares, estructuras sociales o laborales, cuando el paciente no ha dado permiso para que se revele su condición de enfermo, supone un conflicto ético. Igual sucede cuando se emiten informes a otros profesionales o entidades sociales sin conocimiento del paciente. En las comunicaciones a terceros lo más prudente será utilizar de modo sistemático el criterio de "mínima información necesaria"

Respecto al secreto profesional y el derecho de otras personas a la información, la Ley General de Sanidad enuncia que la información podrá ser dada a familiares y allegados, pero siempre con el consentimiento del paciente. Por ello, debe respetarse y cumplirse el veto del paciente a que se informe a otras personas.

Otro conflicto relacionado con el derecho del paciente a la confidencialidad surge en aquellas ocasiones en que a través de la terapia se tiene conocimiento de la comisión de un delito o de intenciones agresivas hacia terceros, maltrato o abusos en la infancia. Un caso particular sería el conocimiento, en el proceso de atención, de la presencia de ideas de muerte o ideación suicida. En todos estos casos está generalmente asumido que el terapeuta podría faltar a la confidencialidad en aras de un bien de mayor rango, la vida humana..

En el caso de niños maduros y adolescentes, salvo en situaciones de riesgo como las anteriormente señaladas, prima el derecho a la confidencialidad en asuntos de salud ya que se consideran actos personalísimos. Sin embargo, debido a la necesaria implicación de la familia en algunos tratamientos, se deberá negociar con el menor que sea él o el terapeuta en su presencia quien informe a los padres sobre el diagnóstico y evolución de su problema.

Otra situación muy especial, que se da únicamente en la asistencia psiquiátrica, es el caso de las terapias de grupo, donde los pacientes comparten confidencias a lo largo de la terapia. En estas situaciones también los pacientes tienen un deber de guardar la confidencialidad, deber que es habitualmente negociado y acordado al inicio de la terapia.

2.6. Intimidad

Consagrada en la Constitución Española de 1978 y en la Ley General de Sanidad (1986) en su artículo 10, implica no ir más allá de lo estrictamente imprescindible en la exploración, en la entrevista acerca de sus antecedentes per-

sonales, familiares y sociales, e incluso en la práctica de determinadas pruebas necesarias para elaborar un diagnóstico correcto.

El respeto a la intimidad de los pacientes impide también la publicación en obras científicas y en otros medios de comunicación social de fotografías, videos o cualquier dato que permitiese la identificación del paciente, si éste no ha dado su consentimiento expreso para ello.

Los conflictos éticos pueden surgir, también, en la vida hospitalaria cotidiana: intimidad en el aseo, en las habitaciones, intimidad en las exploraciones físicas, etc.

2.7. El proceso de información y consentimiento (Consentimiento Informado)

• La información

En el artículo 10 de la Ley General de Sanidad se recoge el derecho de los pacientes a la información:

"... derecho a que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento..."

"...a la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:

- cuando el paciente no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o allegados.

- cuando la no-intervención suponga un riesgo para la salud pública.

- cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento".

La información al paciente es un derecho de este y un deber de los sanitarios, tanto desde el punto de vista ético como legal y este derecho a la información se ha de de-

sarrollar a lo largo de toda la relación clínica.

• Proceso de Información y Consentimiento

En el proceso de información y consentimiento se encuentran implicados los siguientes elementos:

- Voluntariedad. Que el acto de información sea voluntariamente aceptado por los sanitarios y que se pongan los medios para realizarlo.

- Información en cantidad y calidad suficientes y en términos comprensibles como para que el paciente lo comprenda. Incluirá el diagnóstico, pronóstico y alternativas terapéuticas.

- Se valorará la capacidad o competencia de la persona para poder tomar la decisión.

- Se tendrá en cuenta la validez y autenticidad con que se ha tomado esta decisión, es decir, si se ajusta a los valores y a la trayectoria vital de la persona y no hay coacciones internas o externas que incidan sobre la decisión de tal forma que la invaliden.

El Proceso de Información y Consentimiento consiste en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para, a continuación, solicitar su aprobación para ser sometido a estos procedimientos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción; el médico no debe sacar partido de su potencial dominio psicológico sobre el paciente.

Referido a la información, en Salud Mental pueden surgir conflictos éticos cuando nos referimos a:

- Informar sobre el diagnóstico y pronóstico a pacientes con patología severa y sin conciencia de enfermedad, lo que en algún caso particular podría traer como consecuencia la ruptura de la relación asistencial.

– Informar sobre los efectos secundarios de la medicación cuando esto puede acarrear que el paciente rechace todo tratamiento y ello conllevar un agravamiento clínico, incluso con riesgo para sí o para otros.

– Informar sobre las alternativas terapéuticas y su efectividad, beneficios, resultados esperables, etc. cuando en muchos casos no hay suficientes estudios controlados para determinar el tipo de tratamiento que aporte mejores resultados.

– En patologías que incluyen deterioro y mal pronóstico como algunas esquizofrenias y la demencia senil puede ser un dilema ético elegir el momento en el que se debe informar y cuánto decir.

– A lo largo de la relación terapéutica o en ciertos momentos de la misma nos podemos encontrar con que algunos pacientes no están en condiciones de ser informados –debido a una incompetencia transitoria o definitiva–. En estos casos se debe informar a los tutores legales, familiares o allegados.

– ¿Cuáles son los límites de la información?. Cuando tratamos con enfermos mentales parcialmente incompetentes ¿hasta donde llega el "privilegio terapéutico" –o derecho a callar del médico en beneficio del paciente–?.

– Información a los familiares: siempre es deseable y conveniente consultar con el propio paciente respecto a si autoriza que se informe a su familia, y –en caso de autorización– lo deseable es informarles en su presencia. En casos graves o situaciones críticas habrá que medir las repercusiones de no informar a los familiares o de informarles sin autorización explícita del paciente y que esto pueda ser interpretado por él como una “traición” del terapeuta.

• Los documentos escritos

Habrà ocasiones en las que haya que dejar plasmado en un documento (“Documento de Consentimiento Informado para...”) el consentimiento escrito para una determinada prueba diagnóstica o acto terapéutico.

El documento de consentimiento informado

debe cumplir algunos requisitos en cuanto al contenido del documento, al formato del documento y a la comprensibilidad.

Contenido del documento

Ha de incluir la descripción del procedimiento diagnóstico o terapéutico, los objetivos del mismo, los beneficios que se esperan obtener, los riesgos, molestias o efectos secundarios más importantes, las alternativas posibles –con su eficacia y los efectos si no se realiza–, el motivo que lleva al médico a elegir una opción y no otra, la disponibilidad de ampliación de la información y la posibilidad para el paciente de reconsiderar y revocar su decisión.

Para la comprensión del tema por parte del paciente, la información oral y las explicaciones son siempre más importantes que lo escrito. La cantidad de información a aportar ha de ser la suficiente para que cada paciente concreto pueda decidir. También han de ser verbales la discusión en profundidad de los beneficios posibles, de las alternativas, así como de las consecuencias de no realizar el procedimiento diagnóstico o terapéutico propuesto.

En cuánto a los riesgos, los aspectos más importantes a reflejar son: (1) las consecuencias seguras del procedimiento, (2) los riesgos típicos –tanto los muy frecuentes aunque sean poco graves como los menos frecuentes pero realmente graves–, no siendo preciso incluir los riesgos realmente excepcionales, (3) los riesgos personalizados –derivados de las condiciones particulares de la persona–, y (4) las contraindicaciones. Debe evitarse hacer documentos tan exhaustivos que se conviertan en “consentimientos asustados”. Si se hace alusión a cifras de resultados, es importante que los datos sean del propio servicio y no de otros lugares o de la literatura médica de otros países.

• Formato del documento

Un formato generalmente aceptado es en papel DIN A4, con el anagrama de la organización, del hospital o comarca, título del documento, datos de identificación del paciente y

apartado de datos del médico, servicio y al final las firmas del médico, paciente y tutor si está incapacitado.

• **Comprensibilidad y legibilidad**

Se recomienda que antes de su difusión el documento redactado sea leído por un lector externo, ajeno al servicio; además algunos procesadores de textos incluyen el índice de Flesh que determina si un texto es inteligible para un lector con un nivel cultural básico.

Así pues, la información incluida en los documentos escritos de C.I. ha de ser: suficiente, actualizada, comprensible y escrita con frases cortas y sin tecnicismos.

En el campo de la atención psiquiátrica o de Salud Mental, se recomienda elaborar documentos de consentimiento informado cuando se van a emplear: psicocirugía, terapia electroconvulsiva, desintoxicación ultracorta a opiáceos, terapia aversiva de conducta o uso de medicaciones aversivas

Es necesario también registrar por escrito: la conformidad para el ingreso voluntario y la conformidad para el uso de técnicas audiovisuales.

La grabación de cintas de audio o vídeo dentro del ámbito de algunas terapias –familiares, grupales, de pareja, etc.– requieren la firma previa de un documento escrito de consentimiento informado. Es recomendable darlo con un tiempo de anticipación para que el/los paciente/s pueda/n hacer las preguntas que consideren oportuno. Antes de iniciarse la grabación debe informarse de su utilidad y finalidad. Si la utilización del material va a tener fines docentes, debe especificarse de modo claro y solicitarse otra autorización independiente para tal fin.

2.8. Competencia y capacidad

Competencia y capacidad son dos términos que en el lenguaje bioético se emplean de modo indistinto. Esto viene derivado de la transcripción de los términos usados en inglés

(competency y capacity), que hacen alusión a una dimensión jurídico-legal el primero y psicológico-empírica el segundo.

En castellano, el término competencia tiene un sentido un tanto confuso si lo aplicamos al ámbito de la toma de decisiones, sin embargo el término capacidad porta en su seno las dos dimensiones enunciadas de los términos ingleses. Siendo, pues, más correcto hablar de capacidad, definiremos ésta como aquel estado psicológico empírico en que podemos afirmar que la decisión que toma un sujeto es expresión real de su propia identidad individual, es decir, de su autonomía moral personal.

Conviene dejar claro tres aspectos:

– La capacidad no debe entenderse como un absoluto sino como un continuum entre la autonomía total o capacidad plena y la ausencia de autonomía o capacidad nula. Es difícil imaginar tanto a una persona absolutamente autónoma para todos sus actos como a alguien que fuese absolutamente incapaz para todos los actos de su vida.

– La evaluación de la capacidad -en tanto serie de habilidades mentales necesarias para tomar decisiones-, en el ámbito clínico, se ha de referir siempre a una decisión concreta. Se trata de evaluar la “capacidad para ...”, no la capacidad en abstracto genérico. En el campo de la relación asistencial sanitaria la capacidad lo sería para dar consentimiento a la realización de un procedimiento diagnóstico o terapéutico propuesto.

– Por principio, y mientras no se demuestre lo contrario, ha de haber una presunción de capacidad para todas las personas. La “carga de la prueba” de la incapacidad ha de correr a cargo de quien así opine.

Históricamente se ha tendido a identificar enfermedad (y más aún enfermedad mental) con capacidad limitada. Enfermedad mental e incapacidad/incompetencia no son sinónimos. La capacidad en algunos pacientes psiquiátricos puede estar limitada de forma transitoria o definitiva, pero, para no cometer errores, se ha de evitar el sobregeneralizar. Además no debe

confundirse autonomía funcional limitada con la incapacidad para decidir, pues una actuación puede ser competente y no ser autónoma (en el sentido de necesitar ayuda para desempeñarla).

Enumeraremos algunos de los criterios que se han propuesto para estimar que una decisión es competente:

- Tener un conocimiento suficiente sobre el tema sobre el que se va a tomar la decisión (de lo que se infiere que necesariamente ha de haber un previo proceso de información adecuada y suficiente).

- Comprender la decisión que se está tomando y las consecuencias que ésta pueda acarrear.

- Que la decisión tomada esté en consonancia los valores de la persona que la toma.

- Que no exista coacción externa o interna (miedo, ansiedad extrema, depresión, etc.).

Cuando se incumple alguno de estos criterios se considera que el paciente pudiera ser incompetente, incapaz o no-autónomo para tomar esa decisión en ese momento concreto.

Alguno de los criterios propuestos para valorar la incompetencia de una persona para tomar una determinada decisión son:

- Ausencia de una comprensión adecuada
La persona es incapaz de comprender la situación

- La persona es incapaz de comprender la información aportada

- Ausencia de una decisión:

La persona es incapaz de manifestar una decisión

- Ausencia de un motivo adecuado al tomar la decisión:

La persona es incapaz de dar un motivo que

- apoye su decisión
La persona da un motivo, pero es incapaz de dar un motivo razonable

- La persona da un motivo razonable, pero es incapaz de hacer juicios sobre riesgos / beneficio

- Ausencia de una resolución ade-

cuada:

- La persona es incapaz de llegar a una decisión razonable (juzgándola, por ejemplo según el criterio de una persona razonable)

Se han propuesto diversos sistemas y escalas para valorar la capacidad para decidir, sin que hasta la actualidad se haya podido llegar a un acuerdo respecto a estándares, criterios ni protocolos claros.

Los sanitarios, como norma general, deben respetar las decisiones de los pacientes competentes.

En aquellas situaciones en que la incapacidad esté clara son muy importantes las “decisiones de sustitución”, y en estas es fundamental:

- valorar quien puede o debe tomar las decisiones por el paciente (tutores, familia...)

- en qué forma tomar las decisiones: si existe información recogida previamente sobre sus deseos y necesidades en documentos redactados anteriormente o bien el representante debe “ponerse en el lugar del otro” para –con arreglo a los valores del incapaz– poder tomar la decisión en su mayor beneficio.

Reseñamos sólo algunas de las situaciones en las que la determinación de la capacidad / competencia es relevante, en todos los niveles asistenciales de la atención psiquiátrica:

- Proceso de información y consentimiento.

- Valoración de la capacidad en el momento del ingreso hospitalario.

- En los ingresos hospitalarios de carácter involuntario: grado de deterioro cognitivo, conductual o psicopatológico que un paciente debe alcanzar para que no esté capacitado para consentir o no en su ingreso y tratamiento.

- Valoración de la capacidad ante el rechazo de un tratamiento

- Alteración cognitiva grave en pacientes

con enfermedades somáticas (interconsulta) que se niegan a una exploración o intervención.

2.9. Conflictos de justicia (distributiva)

• Derecho a la asistencia, Discriminación sanitaria del enfermo mental. La distribución de recursos

El paciente mental, en ámbitos sanitarios no psiquiátricos, es visto muchas veces como alguien difícil de entender y que puede crear problemas, (residuo de viejas e irracionales actitudes hacia la enfermedad mental observadas a lo largo de la historia). La supresión de estas actitudes temerosas y discriminatorias se hace imprescindible y en ello hemos de colaborar los profesionales de la salud mental, en nuestro trabajo y en nuestra relación con otras profesiones sanitarias.

Por otra parte, en muchas ocasiones, la atención a los problemas de salud mental se encuentra en zonas no prioritarias de la asignación de recursos sanitarios. El proceso de reforma de la asistencia psiquiátrica, iniciado en los años 70, está ralentizado, cuando no bloqueado, en muchos lugares del estado español por falta de decisión política para llevarlo a cabo o simplemente por falta de medios económicos.

Áreas en las que la escasez de recursos asistenciales es especialmente flagrante son la rehabilitación psiquiátrica (ausencia o escasez de estructuras intermedias y de reinserción social, de alojamientos alternativos, etc.) y la asistencia a los problemas de salud mental para niños y adolescentes.

Los Centros de Salud Mental, estructuras de atención extrahospitalaria, aún estando más extendidos y desarrollados suelen estar colapsados por el exceso de demanda, hasta el punto que la calidad de la atención a la población está deteriorándose, al igual que se va deteriorando la satisfacción profesional de sus trabajadores.

Es pues “de justicia” que se lleven a cabo políticas asistenciales coherentes que den re-

spuesta a las necesidades de la población de enfermos mentales, de sus familias y, porqué no, de los profesionales de la atención psiquiátrica.

• Indeterminación de algunas prestaciones sanitarias que pertenecen al “espacio socio-sanitario”

Es evidente que las manifestaciones sintomáticas del trastorno psicopatológico que sufra una persona van a tener repercusión en su entorno familiar, social o laboral.

Los profesionales de la Salud Mental, al menos en la asistencia pública, suelen atender también estas complicaciones o limitaciones que genera la enfermedad. Muchas veces los recursos precisos para ello exceden lo puramente sanitario para entrar de lleno en el campo de lo “socio-sanitario” como son: alojamientos protegidos para enfermos mentales crónicos y drogodependientes; gestión de recursos económicos; incorporación al mercado laboral protegido o iniciación de labores ocupacionales como forma de adquirir habilidades perdidas o mantener las existentes.

El dilema ético se genera cuando esas prestaciones más de tipo social están infra-dotadas por las administraciones sanitarias y/o cuando la administración de los servicios sociales no se hace cargo de ellas. Es aquí cuando cobra sentido el término “espacio socio-sanitario”, como lugar de confluencia, coordinación y acción de las estructuras asistenciales sanitarias y sociales, con el objetivo de prestar atención a esas variadas necesidades de la población de enfermos mentales, especialmente los enfermos graves, severos o crónicos.

2.10. Problemas en torno a la beneficencia

• Decisiones de sustitución

En los casos de autonomía limitada van a poder representar y tomar decisiones por el paciente los familiares y allegados, o el tutor si el

paciente está legalmente incapacitado. En el caso de los niños, la patria potestad la ejercen los padres, si bien hay una tendencia creciente a considerar que el niño sea escuchado y se tenga en cuenta su opinión en cuestiones de salud. Así, por ejemplo, el Convenio Relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina (conocido como Convenio de Oviedo) enuncia el concepto del “menor maduro” para tomar determinadas decisiones relativas a sus cuidados de salud.

Una de las dificultades respecto a las decisiones de representación que tutores, familiares o allegados pueden tomar cuando el paciente no está capacitado para decidir es la de marcar los límites: en el límite inferior siempre habrá de estar el respeto máximo a las decisiones autónomas del paciente (pues es difícil que alguien sea incompetente para todo tipo de decisiones), y en el límite superior la obligación moral de los representantes es la de la no maleficencia y la justicia (en última instancia, no dañar por hacer supuestamente un bien). Toda representación en este campo supone que ha de revertir en el mayor beneficio posible para el paciente.

En muchas ocasiones los pacientes psiquiátricos se encuentran desvinculados de su familia. Cuando no hay tutor, se plantea el problema de quién debe ejercer el papel beneficiario con el paciente. Para algunos autores puede ser una función del Comité de Ética Asistencial ayudar a tomar decisiones de salud en estos casos. Pero, ¿deben ser los sanitarios quienes ejerzan la beneficencia como tradicionalmente se les ha asignado?, tal vez la solución más coherente y neutral a este problema sea el desarrollo de “fundaciones tutelares”, instituciones civiles que ejercerían de modo colegiado esa tarea de representación y defensa de los derechos de los enfermos incapacitados.

En este momento en nuestro país se están regulando en algunas Comunidades autónomas (Cataluña, Galicia, Extremadura) los documentos denominados “voluntades anticipadas, decisiones anticipadas o testamentos

vitales”, en los que se recogen los valores y deseos de personas que, en el caso de volverse incapaces para decidir, quieren que se tomen en su nombre determinadas resoluciones en cuanto a cuidados de salud.

3. EXPERIENCIA DE UN COMITÉ DE ÉTICA ASISTENCIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL

El sistema sanitario se ha planteado la necesidad de crear instancias que sean capaces de aportar criterios que ayuden a la toma de decisiones cuando los valores de los profesionales de la salud y los de los pacientes y/o familiares entran en conflicto.

De esta forma se han ido gestando los Comités de Ética Asistencial (en adelante: C.E.A.) como instancias o estructuras de encuentro multidisciplinar capaces de asesorar en la resolución de los conflictos de valores éticos entre los distintos aspectos sanitarios, jurídicos, éticos y sociales que surgen a lo largo del proceso de la atención sanitaria.

3.1. Implantación de los C.E.A. en la comunidad autónoma vasca

En el año 1992 se inició el proceso de información y formación de profesionales sanitarios cuyo fin último era la creación de un C.E.A. en cada hospital o comarca.

El impulso inicial partió de la Cátedra de Medicina Legal de la Universidad del País Vasco, de Osakidetza–Servicio Vasco de Salud, del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco y del Laboratorio de Sociología Jurídica de la Universidad del P.V., propiciando la creación de tres “Comisiones Promotoras de Comités de Ética Asistencial”, una en cada provincia, que se reunieron mensualmente durante dos años con el objetivo de formar a profesionales sanitarios en conceptos éticos, fundamentación, rudimentos de legislación sanitaria y metodología de resolución de

conflictos éticos en el ámbito sanitario, a través de cursos, revisiones bibliográficas y discusión de casos prácticos en los que se presentaban conflictos de valores entre sanitarios, paciente y familiares.

De esta primera experiencia surgió una centena de profesionales formados en bioética básica, de los cuales el 51% eran médicos, el 28% enfermeras, 6% psicólogos y 15% otros profesionales del ámbito sanitario. Se repartían equitativamente entre Álava, Guipúzcoa y Vizcaya. La procedencia era mayoritaria de hospitales generales (61%) y de Salud Mental provenía el 19%.

Este grupo elaboró en su andadura dos documentos importantes:

- El borrador de propuesta sobre creación y acreditación de los C.E.A., documento en el que se recogen la esencia, objetivos, funciones y requisitos organizativos de los mismos, haciendo hincapié en el carácter consultivo y la multidisciplinariedad. Las líneas generales de este documento fueron recogidas en el Decreto 143/1995 de febrero del Gobierno Vasco sobre creación y acreditación de los C.E.A. en la Comunidad Autónoma Vasca.

- La información y el consentimiento informado: principios y pautas de actuación en la relación clínica. Monografía relativa a la información en la relación clínica, los aspectos conflictivos de la misma y las recomendaciones en la práctica diaria para que el sanitario aporte una información en cantidad y calidad suficiente como para que el paciente pueda tomar una decisión válida y auténtica. También se hace referencia a los requisitos de los formularios escritos de consentimiento, junto a la bibliografía básica al respecto y la legislación pertinente.

3.2. El comité de ética asistencial de salud mental de Álava

Los cinco profesionales que habían participado en la Comisión Promotora de Álava adquirieron el compromiso de difundir los presu-

puestos bioéticos en su ámbito y proponer, si había interés por parte de otros profesionales, la creación de una Comisión Promotora del C.E.A. de Salud Mental.

La iniciativa fue recogida por más de una veintena de profesionales, formando la Comisión Promotora del C.E.A. de Salud Mental de Álava que empezó a reunirse de forma mensual en 1995. El 68% eran mujeres, predominando los facultativos -psiquiatras y psicólogos- y repartían su actividad asistencial proporcionalmente entre el Hospital Psiquiátrico de Álava, Hospital Psiquiátrico Aita Menni de Mondragón (Guipúzcoa) y dispositivos extrahospitalarios de Salud Mental de Álava, contando también con un miembro del Servicio de Psiquiatría del Hospital de Santiago.

Los primeros años la Comisión Promotora se dedicó a la formación en principios bioéticos y metodología, estudio de casos psiquiátricos que planteaban conflictos éticos a alguno de los miembros del grupo y que ya estaban "cerrados" (en el sentido de que la decisión ya había sido tomada) y que sirvieron de ejercicio de aplicación de la metodología de discusión bioética.

Posteriormente se pasó al estudio de problemas éticos específicos de Salud Mental, ya que percibíamos que no teníamos suficiente formación e información sobre temas monográficos y que eran ajenos a los estudiados con anterioridad en la Comisión Promotora provincial (relativos a los problemas del inicio y fin de la vida, nuevas tecnologías, etc.)

El siguiente paso fue la redacción del documento de Régimen Interno del C.E.A., en el que se reseñan el ámbito de actuación (en este caso los Servicios de Salud Mental de Álava, aunque se acepta la solicitud de asesoría de toda la Comunidad Autónoma Vasca), funciones, número de miembros, su distribución y renovación, la periodicidad de las reuniones, la forma de acceso al C.E.A. ... es decir, todo aquello que regule su funcionamiento.

Tras solicitarlo, el C.E.A.-S.M. de Álava

fue acreditado por el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco en Abril de 1998, fecha de su constitución formal.

3.3. Dificultades para la puesta en marcha del C.E.A. de S.M.

• Participación plural:

Muchos autores, como J. Drane, D. Gracia y F. Abel entre otros, insisten en la importancia de la multidisciplinariedad de los C.E.A. En nuestro grupo era evidente desde el principio, con la participación de psiquiatras, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales. Si bien, incumplíamos uno de los requisitos que se recogen en el Decreto de Acreditación, como es la necesaria presencia de representantes de la comunidad, que deben ser ciudadanos de reconocido prestigio, lo que se ha dado en llamar “miembros legos”. Así, en la Comisión Promotora se planteó la discusión sobre la cualificación y grado de conocimiento de la realidad y problemática de Salud Mental, además de interés en temas éticos, que a nuestro juicio, debería tener la personas que entraran a formar parte del C.E.A. para que manifestaran la visión de los usuarios de la sanidad en los conflictos éticos relevantes.

Otros C.E.A. hospitalarios han resuelto este punto de la representación comunitaria de diversos modos, por una parte consiguiendo la participación de miembros de la judicatura, el derecho, la universidad o incluso de los propios pacientes una vez finalizado el proceso de hospitalización y que siguen en contacto ambulatorio con los centros. El C.E.A. decidió invitar a participar de forma individual, voluntaria y a título personal y no representativo, a algún miembro, con inquietudes éticas, de las asociaciones más próximas a la asistencia psiquiátrica, tales como ASAFES (Asociación de familiares y enfermos psíquicos de Alava) y AFADES (Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer de Alava).

En el momento de solicitar la acreditación el C.E.A. contaba con tres miembros

“legos–no sanitarios”, un miembro de cada una de las referidas asociaciones y un ama de casa, cuya labor es la participación en las discusiones aportando el punto de vista de la comunidad a los conflictos de valores que se suscitan, siguiendo la metodología utilizada por el grupo y que se basa en el método de análisis ético del profesor Diego Gracia.

• Liderazgo y apoyo institucional

Otro problema frecuente, en el desarrollo de las Comisiones Promotoras y de los C.E.A., es la falta de liderazgo y de adherencia de los miembros del grupo.

Las causas pueden ser múltiples, aunque se repite la dificultad para obtener tiempo para preparar las reuniones, estudiar o revisar el material pertinente al caso ético o al tema de estudio. O, como señala F. Abel, la desmotivación a lo largo del proceso.

En nuestro caso, hemos contado con apoyo institucional suficiente para permitir que parte del tiempo dedicado a las reuniones sea en horario asistencial. Gran parte de la formación se ha encuadrado dentro de los horarios de docencia.

Osakidetza–Servicio Vasco de Salud ha planteado un apoyo institucional a la ética impulsando la creación de C.E.A., incluyendo en los objetivos de los contratos programa temas como la mejora de la información a los pacientes, la existencia y conocimiento del facultativo responsable de cada caso, la tramitación de sugerencias y quejas, y la redacción de documentos de consentimiento informado con la ayuda y supervisión de los C.E.A.

En nuestro C.E.A. de Salud Mental una dificultad sobreañadida es la dispersión geográfica. Desde el principio parecía evidente la necesidad de contar con la participación de profesionales que desempeñaran su labor asistencial en la mayoría de los dispositivos, evitando el empobrecimiento de comités monográficos de centro, lo que llevó a los promotores a invitar a participar a profesionales de todas las estructuras asistenciales.

• **Resistencia por parte de los otros profesionales:**

A veces, en torno a la implantación de los C.E.A. aparece la suspicacia por parte de otros compañeros que pueden ver al Comité como un órgano de control. Las resistencias al cambio se pueden manifestar como una idealización de la relación paternalista o basarse en el “siempre se ha hecho así...”, o en el “todos trabajamos de forma ética”.

El desconocimiento de las funciones del C.E.A. hace que en ocasiones se le quiera convertir en una comisión de defensa legal de los trabajadores de la sanidad frente a posibles reclamaciones de los usuarios, función propia de otras instancias y excluida explícitamente en el Decreto de Acreditación.

Para vencer estas resistencias es muy importante la labor de difusión e información que tiene que realizar el C.E.A. sobre su función, competencia, asesoramientos, etc.

3.4. Trabajo del C.E.A. de salud mental

Los miembros del C.E.A.–S.M., en este tiempo, han continuado con la labor de formación continuada interna. La primera tarea docente desarrollada fue la presentación del C.E.A.–S.M. a cada uno de los dispositivos asistenciales de la red de Salud Mental de Álava, explicando sus funciones y su metodología de trabajo. Uno de los temas más comúnmente planteado fue el relativo a la posible función del Comité como defensa judicial ante posibles reclamaciones por parte de los pacientes. Como ya hemos dicho, esta es una de las funciones excluidas por lo se ha aclarado que en ningún caso el Comité va a intervenir en demandas judiciales.

También se ha presentado la labor del C.E.A.–S.M. a los diversos medios de comunicación que se han interesado por su funcionamiento.

El número de peticiones de asesoría de

casos prácticos ha sido escaso. Como en otros Comités esta área no es tan abrumadora como en principio se piensa.

En cuanto a estudios éticos específicos de Salud Mental se han trabajado los problemas éticos de la asistencia a los pacientes psiquiátricos, los dilemas éticos que surgen en el tratamiento de adolescentes con problemas psiquiátricos y se elaboraron unas directrices sobre la utilización de la contención mecánica en pacientes psiquiátricos, que sirvieron de línea maestra para la redacción del correspondiente protocolo por parte de un grupo de trabajo.

Con relación a los “documentos de consentimiento informado”, el C.E.A.–S.M. remitió un informe asesor a la dirección médica en el que se enuncian los procedimientos que precisarían el uso de este tipo de documentos escritos. Estos procedimientos son: terapia electroconvulsiva, psicocirugía, desintoxicación ultracorta a opiáceos, terapias aversivas, utilización de técnicas audiovisuales e ingresos psiquiátricos voluntarios. Se recomendó también, el diseño de protocolos o guías clínicas de información y actuación en procedimientos terapéuticos en psiquiatría con la finalidad de homogeneizar y mejorar la información y asistencia ofertada a los pacientes.

El C.E.A.–S.M. ha empezado su trabajo, somos conscientes que queda mucho camino por andar y muchos dilemas éticos para analizar y sobre los que aumentar nuestra información y formación.

BIBLIOGRAFÍA

Abel F. Comités de Bioética. Necesidad, estructura y funcionamiento. *Labor Hospitalaria*. 229: 136-146 .

Abel F. Los Comités de Ética en el diálogo interdisciplinar. *Labor Hospitalaria*. 209: 207-213.

Asociación Mundial de Psiquiatría. Declaración

- de Madrid. *Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr.* 1997; 25(6): 349-350.
- Beauchamp TL, Childress JL. *Principios de ética biomédica.* Barcelona: Masson, 1999.
- Bloch S, Chodoff P, Green S. *Psychiatric Ethics.* 3rd edition. New York: Oxford University Press, 1999. (hay edición en castellano: *La ética en psiquiatría.* Madrid: Triacastella, 2001).
- Canadian Medical Association. *Bioethics for clinicians (serie).* <http://www.cma.ca/cmaj/series/bioethic.htm>
- Comités de Ética Asistencial de la Comunidad Autónoma Vasca. *Memoria-manual 1992-1996.* Bilbao: Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, 1997.
- Consejo de Europa. *Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina) (Convenio de Oviedo).* Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 1997.
- Couceiro A. *Bioética para clínicos.* Madrid: Triacastella, 1999.
- Drane J F. *Métodos de ética clínica.* *Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud.* 1990; 527: 41-49.
- Drane JF. *The many faces of competency.* 1985; *Hasting Center Report.* 15(2):17-21.
- González Rodríguez A, Moreno Pérez A, Pérez Pérez E, Ponte Velón N, Rodríguez Calvín JL. *Ética y psiquiatría.* *Psiquiatría Pública* 1995; 7(3): 143-152.
- Gracia D. *Fundamentos de Bioética.* Madrid: EUDEMA, 1989.
- Gracia D. *La bioética médica.* *Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud.* 1990; 527: 3-7.
- Hattab JY. *Psychiatric Ethics.* En: Chadwiah R. *Encyclopedia of applied ethics vol3.* San Diego, Cal. Academic Press 1998.
- Marijuan M, Lejona B, López de Heredia J, et al. *Guía práctica para la elaboración de documentos de información y consentimiento / Informazio eta baimen agiriak egiteko gida praktikoa.* Bilbao: Osakidetza -Servicio Vasco de Salud, 1998.
- Reich W T. *Encyclopedia of Bioethics.* New York: MacMillan Library Reference, 1995
- Rosenbaum M. *Ética y valores en psicoterapia.* México: Fondo de Cultura Económica, 1985.
- Simón P, Concheiro L. *El consentimiento informado: teoría y práctica (I y II).* *Med Clin (Barc)* 1993; 100: 659-663; 101: 174-182.
- Simón P. *Un marco histórico para una nueva disciplina: la bioética* *Med Clin (Barc)* 1995; 105: 583-597.
- Simón P. *El consentimiento informado.* Madrid: Triacastella, 2000.
- Sanchez-Caro J, Sanchez-Caro J. *Consentimiento informado y psiquiatría. Una guía práctica.* Madrid: Mapfre, 1998.
- Santander F. (coord) *Ética y praxis psiquiátrica.* Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2000.
- Tealdi J.C. *Los comités hospitalarios de ética.* *Boletín de la Oficina Panamericana de la Salud.* 1990; 527: 54-60.
- Zaubler TS, Viederman M, Fins JJ. *Ethical, legal, and psychiatric issues in capacity, competency, and informed consent: An annotated bibliography.* *General Hospital Psychiatry.* 1996; 18: 155-172.

Ética y sanidad: Experiencia en el Hospital Central de Asturias

Pérez Arias, A.
Álvarez Barcia, A.
Álvarez Suárez, R.
Alcelay Laso, M.O.

Hospital Central de Asturias

INTRODUCCIÓN

La ética médica es tan antigua como la medicina. Los médicos siempre contaron con unos principios y guías morales como el Juramento Hipocrático y la oración a Maimónides. Por otra parte, una frase con la que comienzan muchos trabajos en torno a la bioética es “la medicina y el mundo sanitario ha cambiado más en los últimos 25 años que en veinticinco siglos”. Estos cambios sociales, políticos, filosóficos y de la propia medicina en el seno de la sociedad contemporánea han transformado el destino del hombre, el cual ha comenzado a plantearse cuestiones morales. Entre ellos tenemos:

1. Revolución tecnológica:
 - Terapéutica: Aparición de los antibióticos y sulfamidas, ensayos clínicos con medicamentos, trasplantes, etc.
 - Biológica: Reproducción (clonación), herencia (ingeniería genética), sistema nervioso (psicofarmacología).
2. Relación clínica, médico-paciente o sanitario-Usuario.

Como consecuencia se han planteado

problemas en tres ámbitos diferentes:

- Límites de la vida (eutanasia, reproducción asistida).
- Derechos de los pacientes.
- Asignación de recursos.

Además, así como en clínica, se ha avanzado mucho en el diagnóstico y tratamiento, en el campo de los valores no podemos ceñirnos a la mera opinión subjetiva ni a la dura objetividad de la ley. Debido a que se comprometen valores humanos, ha nacido la bioética, como respuesta a una necesidad para analizar estos problemas con racionalidad. No pretende ser una aportación filosófica a la ética, sino su utilización frente a los problemas que nos plantea el mundo sanitario. El médico debería estar más familiarizado con las cuestiones teóricas de la ética para detectar conflictos relativos a valores. El ejercicio de la medicina consiste en tomar decisiones clínicas en condiciones de incertidumbre más que de certeza. Esto que es válido para el juicio clínico lo es también para el juicio moral.

Es conveniente matizar que diferencia ética y moral. Aunque etimológicamente son iguales, en realidad no lo son. Cuando hablamos de moral nos estamos refiriendo generalmente a costumbres o conjunto de comportamientos y normas que tienen que

respetarse. En el 80% hacen referencia a temas relacionados con la sexualidad y lleva una connotación religiosa. Evoca a la capacidad de elegir un comportamiento, distinguir el bien del mal. Esta exigencia se ha convertido en algo crucial a lo largo del presente siglo. Ej. La radiactividad puede ser empleada con fines destructivos en el caso de la bomba atómica o bien curativos como ocurre con la radioterapia para el tratamiento del cáncer.

Por el contrario, la ética implica una reflexión crítica sobre los comportamientos y porque consideramos estas normas como válidas. Comienza a existir con Aristóteles en su libro “Ética a Nicómaco” no pudiendo desligar una bioética específica de la ética general. Lo que ha sucedido, es que los progresos de la biología han sido tan rápidos que han aparecido problemas, a los que hay que dar respuesta en nombre de la ética general. Esta disciplina toma un gran auge a partir de los hechos propios de la segunda guerra mundial que, motivaron la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el progresivo reconocimiento de la autonomía del ser humano en todos los aspectos de la vida, en particular en la salud. El resultado final fue la publicación en 1971 por Van Potter en Madison (Wisconsin) del libro titulado “Bioética puente hacia el futuro”.

Revisaremos a continuación los diversos cambios que han motivado la aparición de la bioética y los principios fundamentales por los que se rige.

1. REVOLUCIÓN TECNOLÓGICA

El desarrollo tecnológico ha sido tan vertiginoso que se ha impuesto la siguiente premisa: ¿Todo lo posible es conveniente?. Los siguientes ejemplos ilustran la afirmación anterior.

- Actualmente, es posible con los medios técnicos de que disponemos, reanimar a un feto anencéfalo pero ¿es conveniente?.
- Hoy día podemos mantener en estado vegetativo durante meses o incluso años a una persona pero, ¿es adecuado o estamos rayando el llamado encarnizamiento terapéutico?.
- Con los avances actuales en reproducción asistida es posible la gestación mediante madres de alquiler pero ¿éticamente es recomendable?.

Todos estos ejemplos y algunos más que se podrían citar nos debe llevar a la reflexión de que lo moderno puede ser, sin embargo, no correcto. Estas dudas comienzan a hacerse patentes en la segunda mitad del siglo XX, con las bombas atómicas de Hiroshima y Nagasaki y es que, el mundo científico, especialmente las ciencias biomédicas deben ser vigiladas para no verse sometidas a influencias injustificadas. Es decir, con los medios científico- técnicos nos encontramos ante el binomio destrucción/ construcción. El médico y la sanidad pueden ayudar hoy día mucho más que antes pero también pueden dañar más con los abusos de la tecnología por parte de los profesionales de la salud.

2. RELACIÓN CLÍNICA

El segundo gran cambio ha surgido en la relación clínica como clave de toda la estructura sanitaria. Inicialmente se hablaba de relación médico- paciente afectando solamente al personal de este estamento. Posteriormente se habló de sanitario- usuario en un sentido más amplio y abarcando al resto de profesionales del campo de la sanidad. Hoy hablamos de proveedor-cliente en el sentido de que este último tiene capacidad de elegir.

Esta relación clínica nace de una necesidad individual de ayuda y se establece entre una persona enferma y otra que posee los conocimientos profesionales necesarios para ayudarlo. La forma más segura de hacerlo según la tradición médica es el criterio del bien para el enfermo mediante el paternalismo médico. Se basa en una relación asimétrica entre autoridad/ obediencia y decisión/ pasividad. En esta etapa, era la propia corporación médica la encargada de velar por la virtud de sus miembros. Estaba basada en códigos deontológicos, como el Juramento Hipocrático. En ellos se recordaba a sus miembros los principios de beneficencia y no maleficencia para con sus pacientes. En definitiva era una ética deontológica o del deber que se refiere exclusivamente a las obligaciones del médico sin tener en consideración la voluntad del paciente. En resumen, la ética del deber es la base de la tradicional ética de beneficencia. En el momento actual, como más adelante veremos, se enfrentan la ética de beneficencia con la de autonomía.

Hoy día ser un buen médico no implica solamente ser un buen profesional. Este último concepto es algo más que saber diagnosticar y tratar bien a un paciente. La corrección técnica es necesaria e imprescindible, pero no es suficiente si no se tienen en cuenta los valores del cliente, lo cual implica un cambio más profundo en la forma de pensar del personal sanitario. Es decir, además de pericia reclama ciertas virtudes y excelencias para poder cumplir adecuadamente la tarea como es la paciencia, buen temperamento, generosidad, compasión, firmeza, rigor y sobre todo prudencia.

Las nuevas situaciones han dado lugar a nuevos principios y valores que deben ser tomados en consideración. Con la tradición política surge la preocupación por el bien de terceros con una mayor equidad en la distribución de la beneficencia surgiendo

el principio de justicia. Ya no se trata solo de un enfermo que pide ayuda a un profesional, sino de un ciudadano que, reclama un servicio al que tiene derecho. Este principio de equidad puede formularse como que toda persona tiene derecho a la misma consideración y respeto ante la enfermedad. La equidad se cumple cuando ante la misma necesidad se ofrecen similares recursos. Como dice Friedrich Nietzsche:

“Igualdad para los iguales, desigualdad para los desiguales” como verdadero discurso de la justicia, de ahí se sigue “No igualar jamás a los desiguales”. Desde la visión de los principios de igualdad, equidad y universalidad, la justicia distributiva se hace patente en decisiones clínicas de forma importante. Sirva como ejemplo la siguiente situación, ¿Ante la falta de camas en una reanimación quirúrgica que intervenciones se suspenden?. Si alguna discriminación puede admitirse, es la positiva de las poblaciones más vulnerables, para que la beneficencia alcance con más nitidez a individuos que de otra forma quedarían desamparados. Finalmente destacar que la ética no es la ley, esta puede basarse en la ética, pero la ética no descansa en la ley.

Como vemos una organización sanitaria más equitativa y justa conlleva ciertas distorsiones. De una relación basada en la confianza, se ha pasado a otra basada en un contrato de servicios, apoyada en la tradición jurídica y derechos del enfermo. Así nuestra Constitución en su artículo 43 señala que todos los españoles tienen derecho a la protección a la salud y por lo tanto el Estado tiene la obligación de proporcionar los medios necesarios. Esto ha supuesto un cambio radical y esencial en la relación clínica desconcertando a nuestras sociedades democráticas. Nos estamos refiriendo a que cualquier persona debe ser considerada como adulta y por lo tanto competente. De esta manera surge el principio de autonomía con su ética de dere-

chos y su nueva aplicación a la beneficencia, cuyo paradigma es el consentimiento informado. Este se ha convertido en el eje central de la ética social contemporánea en que se basa el principio de autonomía. Todo ello queda fielmente reflejado por Fernando Savater en su obra “Ética para Amador” el cual dice que la palabra fundamental de todo este embrollo es libertad. Se entiende por tal la capacidad de decir si o no, decidir, como algo opuesto a dejarse llevar. Por lo tanto, el principio de autonomía surge como prevalente y fundamental sobre el de beneficencia y paternalismo tradicional para el ejercicio de la medicina.

Si el sanitario hasta hace años debía imponerse con paternalismo ahora debe proponer con respeto. Antes el paciente acataba las decisiones tomadas por él pero ahora lo que quiere es compartirlas. Generalmente consideramos la autonomía como la capacidad de percibir la naturaleza del control que uno posee para actuar adecuadamente. En España, el concepto de autonomía no llega claramente hasta la Constitución de 1978 en su apartado de derechos fundamentales de la persona, el derecho a la vida y a la salud. En Europa y Estados Unidos es anterior, surge con la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, siendo la formulación más acabada de una ética basada en la autonomía. La medicina y la sanidad no podían ser una excepción debiendo incorporar a la beneficencia el respeto a la libertad personal.

En resumen, la virtud del sanitario bien sea médico, enfermera o gestor continuará descansando en procurar el beneficio máximo del enfermo pero siempre que el criterio de beneficio tenga en cuenta su opinión o consentimiento válido. Con todo esto ha surgido un concepto esencial en la nueva ética clínica. Se trata del consentimiento informado, como la aceptación expresa por parte del enfermo, de un procedi-

miento diagnóstico o terapéutico después de disponer de información suficiente y decidir según su criterio, en la toma de decisiones.

El consentimiento informado llega a nuestro país procedente de Estados Unidos por la judicialización de la medicina y la exigencia legal de los ensayos clínicos. Lo que debe quedar claro es que, dar prioridad excesiva a las necesidades de cobertura legal del profesional, no sería una postura éticamente defendible. Conduce a un tipo de medicina defensiva que, no ayuda a una buena práctica y de la que no se derivan beneficios para los enfermos, a la vez que se convierte en peligrosa e inútil. La novedad, es que en este momento el formulario o documento se exige legalmente ya que, la sociedad ha decidido garantizar el derecho a la autonomía de sus pacientes (Ley 14/1986, General de Sanidad en sus artículos 10.5 y 10.6).

Sin embargo, todavía son muchos los puntos susceptibles de polémica. Por ejemplo, cuántos documentos debe firmar el paciente, son útiles los genéricos o solo debemos utilizar los específicos, que información incluirá el documento, etc. Lo importante es basar la oferta y la decisión en la necesidad de cada enfermo sabiendo que esta es cambiante.

Todo ello nos debe llevar a la conclusión de que el diálogo es un instrumento insustituible de conocimiento. Y este es el reto de la nueva ética. No podemos actuar bien si no conocemos suficientemente el problema y, si no se sabe lo que necesita el otro sobre el que se va a actuar. Luego, la ética más útil ya no es la deontológica sino la que podemos definir como dialógica. Una ética así debe ser: plural, abierta, prudente, racional y operativa. La manera de aplicar esta nueva ética dialógica es mediante instancias abiertas, no corporativistas, multidisciplinares y operativas allí donde surgen problemas y se toman las de-

cisiones. Todo ello hoy se articula a través de los comités asistenciales de ética (CAE).

Un CAE se define como una comisión consultiva e interdisciplinar creada para analizar y asesorar en la resolución de posibles conflictos éticos que se producen durante la práctica clínica en las instituciones sanitarias a consecuencia de su labor asistencial y cuyo objetivo es mejorar la calidad de la misma. En el territorio INSALUD están regulados por la circular 3/ 95 de fecha 30- 3- 1995 y son autorizados por una comisión ad hoc de la Dirección General siendo necesario presentar documentación como curriculum de los miembros y reglamento de régimen interno. Su ámbito de actuación es la Institución a la cual pertenecen aunque pasados 3-5 años se puede solicitar acreditación para toda el área sanitaria. Su dependencia orgánica es de la Dirección Gerencia de atención especializada pero, funcionalmente son independientes. Esta se comprometerá a dotarle de los medios materiales y humanos necesarios. Su autoridad es únicamente moral teniendo carácter consultivo y de asesoramiento gozando de autonomía absoluta en sus decisiones.

Sus miembros pertenecerán a diversas disciplinas y de forma totalmente voluntaria. Además serán personas abiertas al diálogo, prudentes, competentes profesionalmente y con capacidad para trabajar en grupo como iguales no pudiendo pertenecer al equipo directivo del Centro. Puesto que la forma de actuar es en comité, sus reuniones tendrán carácter participativo, abiertas a todas las personas afectadas por una decisión, de deliberación colectiva para la toma racional de decisiones en condiciones de incertidumbre, gestión de los valores y educativa para todos.

Sus funciones son:

- Proteger los derechos de los pacientes.

- Ayudar en las decisiones difíciles.
- Confección de protocolos.
- Actitud de reflexión.
- Colaborar en la formación de bioética.

Por el contrario, no son funciones :

- Amparar actuaciones jurídicas para personas e instituciones.
- Realizar juicios sobre la ética profesional o las conductas de pacientes y usuarios.
- Proponer sanciones.
- Subrogarse o reemplazar la responsabilidad de quien ha pedido su asesoramiento.
- Tomar decisiones de carácter vinculante.
- Sustituir a los comités éticos de investigación clínica.
- Realizar estudios cuyo objetivo sea analizar asuntos sociales o económicos relacionados directa o indirectamente con el Hospital.

En resumen, como dice Diego Gracia la ética es un estilo, un modo de vivir, de pensar y de ejercer la profesión en este caso la del personal vinculado al mundo sanitario. Sin embargo, no deja de ser un problema en un mundo tan cambiante y, para ello han surgido los CAES como un intento de cambio y manera más racional en la toma de decisiones que afectan a los valores.

EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CENTRAL DE ASTURIAS

El Hospital Central de Asturias tipificado como de agudos y de tercer nivel representa el punto de referencia en la Comunidad Autónoma del Principado de

Asturias. Tenemos que remontarnos a 1990, año en que el INSALUD decide promover la formación en bioética de sus profesionales, primero en atención especializada y luego en primaria.

En 1993, introduce los contratos- programa incluyendo como uno de sus criterios de calidad la información al paciente. Incluye unos indicadores como es el método de evaluación, persona responsable y resultados obtenidos tras la evaluación. Ese mismo año se forma una persona de la Institución como experta en bioética. Además la Dirección General envía un documento sobre política de calidad donde se mencionan los documentos específicos de consentimiento.

En el año 1995 se forma una segunda persona como Magister. Uno de los compromisos que adquieren con la Institución es promover el desarrollo de la bioética y la creación de comités asistenciales de ética.

En 1996, a través de las comisiones mixtas del Hospital General de Asturias y del Covadonga se acuerda la creación de una comisión ad hoc para la implantación del consentimiento informado (CI). Se establece el siguiente plan de trabajo:

- Presentación del problema en los distintos centros del Complejo.
- Oferta de asesoramiento.
- Elaboración de protocolos. Normalización y acreditación de documentos.
- Inclusión en la historia clínica.
- Evaluación del grado de implantación.

Se finaliza el año con 17 documentos acreditados.

En 1997 continua la tarea iniciada un año antes finalizando con 71 documen-

tos normalizados. Ese mismo año se realizan otras actividades como la organización de la “Primera jornada asturiana de CI”, “primer curso de bioética clínica para personal sanitario”. Contó con la asistencia de 30 profesionales siendo el embrión del futuro CAE. Igualmente se presenta en el Congreso Nacional de Calidad Asistencial la comunicación titulada “ El CI , esfuerzo de pocos, tarea de muchos”.

En 1998, se edita “ Guía de utilización y documentos de uso en el Hospital” con 120 documentos perfectamente avalados. En mayo, se realiza un nuevo curso esta vez orientado a médicos residentes. Igualmente durante el mes de noviembre se repiten los cursos para personal sanitario en Oviedo, Gijón y Avilés.

En 1999, se continúan con las reuniones periódicas del grupo promotor del CAE. De este grupo inicial se fueron descolgando las personas menos interesadas. El principal objetivo en estas fases iniciales fue favorecer la formación, análisis de casos clínicos vividos por sus componentes e iniciar la elaboración de un código ético. La periodicidad de las reuniones fue mensual desde enero del 98. Con fecha 23 de febrero de 1999 se solicita a la Presidencia ejecutiva del INSALUD la acreditación oficial la cual es concedida con fecha 7 de junio.

En abril de ese mismo año se asiste en Madrid a una jornada de debate sobre los CAEs, el 13 de abril se realiza la segunda jornada asturiana de CI, un nuevo curso en el Hospital Monte Naranco y la presentación oficial del Código Ético Institucional.

Con todo ello se afronta el año 2000 con ilusión y esperanzados en que el nuevo milenio aporte el giro necesario a la mentalidad del personal sanitario para esta nueva ética basada en el diálogo y en la libertad.

22 CONGRESO ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

11-14 JUNIO 2003
AUDITORIO PRINCIPE FELIPE
OVIEDO

PONENCIAS:

“El quehacer en la rehabilitación psicosocial: Tratamiento integral de las personas con trastorno mental grave”

Coordinación: Cristina Gisbert Aguilar (Girona)

“La formación de los profesionales de la Salud mental en España: estado actual”

Coordinación: Antonio Espino Granado y Begoña Olabarría González (Madrid)

“La atención a la salud mental de la población reclusa del Estado Español: análisis y recomendaciones”

Coordinación: Mariano Hernández Monsalve (Madrid) y Rafael Herrera Valencia (Cadiz)

ACTIVIDADES COMPLEMENTARIAS:

Cine de Locura

Ciclo de cine organizado en colaboración con Cajastur

Los Surrealistas en el Museo de Bellas Artes de Asturias

Ciencia y Mente: una exposición bibliográfica

Exposición con la colaboración de la Biblioteca Central de la Universidad de Oviedo

EXPOSICIONES Y FOROS:

Las administraciones públicas y la salud mental

Exposición y debates

Foro de la Solidaridad

Exposición y debates organizados por las ONG's con programas de salud mental

Exposición comercial

Patrocinado por la empresa farmacéutica

SECRETARIA TECNICA:

Viajes El Corte Inglés
Tf. 985 963253 - FAX 985 241657
Email: oviedogesta@viajeseci.es
www.22congresoan.es

II JORNADAS INTERAUTONÓMICAS DEL NORTE
“El cuerpo como encrucijada en la salud mental”

Segovia, 13-14 diciembre 2002

Secretaría técnica:

Plaza Mayor, 13
40001 SEGOVIA

Tlf.: 921 46 21 24 - Fax 921 46 21 42

agendacom@infonegocio.com

CUADERNOS DE PSIQUIATRÍA COMUNITARIA

SUMARIO

Vol. 1 - Núm. 1 - 2001

Presentación

Víctor Aparicio Basauri 5

Introducción 6

Mareas y tormentas: ciclos de policonsumo de drogas en España (1959-1998). Algunas consecuencias estratégicas para el diseño de políticas públicas

Juan F. Gamella 7

Sociología del consumo de alcohol en Asturias

Fernando Sánchez Bravo-Villasante 19

Implicaciones sociofamiliares de la dependencia a alcohol y drogas

Andrés Cabero Alvarez 37

Indicación terapéutica en drogodependencias y alcoholismo

Pedro Marina González 50

El papel de la farmacoterapia: nuevas perspectivas en el tratamiento de las drogodependencias y alcoholismo

Marta Torrens Melich 57

El papel de la psicoterapia: entrevistas motivacionales

Neus Freixa Fontanals 64

La dependencia de drogas en la mujer

Lina Menéndez Sánchez 70

Sobre el alcohol y las drogas en la población "sin hogar"

Milagros Castro Rodríguez 75

Aspectos de la cronicidad en pacientes en programas a mantenimiento con metadona

José Manuel Azcano González 87

Editorial / Presentación

¿Tiene sentido en el siglo XXI defender el modelo asistencial comunitario en salud mental?	9
--	---

Originales

Las crisis asistenciales del nuevo siglo	11
Perfil de los jóvenes transeúntes. Dificultades para la utilización de los servicios sanitarios y propuestas de mejora	21
Depresión infantil. Una investigación, en la provincia de Soria	31

Para la reflexión y el debate

El escenario de la salud mental. De la atención primaria a la sobrecarga asistencial	35
Los contornos de la razón y las políticas de reducción de daños relacionados con las drogas	41
Las posibilidades terapéuticas del cannabis	45

Revisiones

Dilemas en torno a los viejos y nuevos fármacos	49
---	----

Caso

Philippe no quiere llegar tarde a su colegio	69
--	----

Informes

OMS: Salud mental. Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas	73
--	----

Cartas al director

Cuando codifican un diagnóstico como 296.2 ¿nos referimos a un episodio depresivo o maniaco?	77
---	----

Actualizaciones	79
-----------------------	----

Agenda

Próximas citas	81
----------------------	----

NORMAS DE PUBLICACIÓN

Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria abordará con carácter monográfico diversos temas de psiquiatría y de disciplinas afines que sean relevantes para aquélla, con la colaboración de reconocidos profesionales en dichas materias.

REQUISITOS DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos constarán de las siguientes partes, cada una de las cuales se iniciará en una página independiente:

1. Primera página, que incluirá, por orden, los siguientes datos: título del artículo (en español e inglés); nombre y apellido(s) de los autores, indicando el título profesional, centro de trabajo; dirección para correspondencia, teléfono, fax y cualquier otra indicación adicional que se estime necesaria.

2. Resumen, de extensión no inferior a 150 palabras ni superior a 250. En los trabajos originales se recomienda presentarlo en forma estructurada (introducción, métodos, resultados y conclusiones). Irá seguido de 3 a 10 palabras clave seleccionadas preferentemente entre las que figuran en el Medical Subject Headings del Índice Medicus. Tanto el resumen como las palabras clave se presentarán en castellano e inglés.

3. Texto, que en los trabajos de investigación conviene que vaya dividido claramente en apartados según el siguiente esquema:

3.1. Introducción: explicación breve cuyo objetivo es proporcionar al lector la información imprescindible para comprender el texto que sigue.

3.2. Sujetos (pacientes, material) y métodos: se especificará el(los) lugar(es) donde se ha realizado el estudio, las características del diseño (duración, criterios de inclusión y exclusión, etc.), las pruebas utilizadas (con una explicación que permita su replicación) y los métodos estadísticos empleados, descritos con detalle.

3.3. Resultados: descripción de las observaciones efectuadas, complementada por tablas o figuras en número no superior a seis en los originales y a dos en las comunicaciones breves.

3.4. Discusión: exposición de la opinión de los autores sobre el tema desarrollado, destacando la validez de los resultados, su relación con publicaciones similares, su aplicación práctica y las posibles indicaciones para futuras investigaciones.

4. Agradecimientos: en los casos en que se estime necesario se citarán las personas o entidades que hayan colaborado en la realización del trabajo.

5. Referencias bibliográficas:(normas Vancouver) se ordenarán y numerarán de forma correlativa según su primera aparición en el texto, debiendo aparecer el número de la cita entre paréntesis o en carácter volado. No se aceptarán como referencias las observaciones no publicadas aunque se pueden incluir en el texto señalando que se trata de una «comunicación personal». Los artículos aceptados para publicación podrán citarse colocando la expresión «(en prensa)» tras el nombre de la publicación. En caso de ser varios autores, se indicarán todos ellos hasta un número de seis y si se supera este número se añadirá et al., poniendo el(los) apellido(s) seguido de la(s) inicial(es) sin otro signo de puntuación que una coma separando cada autor y un punto al final, antes de pasar al título.

6. Tablas y figuras: se presentarán en hojas aparte, numeradas consecutivamente según su orden de referencia en el texto en cifras arábigas (tabla x; figura x), con el título y una explicación al pie de cualquier abreviatura que se utilice. Se incluirá una sola tabla o figura por hoja.

PROCESO DE EDICIÓN

El autor remitirá una copia de la versión definitiva en disquete de 3,5" (versión compatible IBM o Macintosh) acompañado de una copia en papel mecanografiada a doble espacio en hojas DIN A4 (210 x 297mm) numeradas correlativamente. Los manuscritos se remitirán a Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria (Edificio Teatinos, Carretera de Rubín s/n, Oviedo 33011). El Comité de Redacción se reserva el derecho de realizar las modificaciones de estilo que estime pertinentes en los trabajos aceptados para publicación.

Para una información más detallada, consulten «Requisitos de uniformidad para manuscritos pre-sentados para publicación en revistas bio-médicas». Arch Neurobiol (Madr) 1998; 61 (3): 239-56 y Medicina Clínica. Manual de estilo. Barcelona: Doyma; 1993.