

bioètica & debat

TRIBUNA ABIERTA DEL INSTITUT BORJA DE BIOÈTICA-Año XIII-N. 49

Aspectos éticos del diagnóstico en psiquiatría

Si hay algo que caracteriza nuestra época es el enorme valor que concedemos a todo lo inmediato. No hay duda de que vivimos en una cultura pragmática y preocupada por lo contemporáneo, que ensalza las bondades de la inmediatez, del dominio de lo

efímero y con una acusada fascinación por lo superfluo, pero que paradójicamente tiene una necesidad constante de respuestas y a su vez demanda el establecimiento de reglas y técnicas concretas destinadas a producir una conducta normalizada y estandarizada.

los casos, resolverlos con un tratamiento (a menudo exclusivamente farmacológico).

Existe el riesgo de que la psiquiatría, encaprichada actualmente con sus remedios sintomáticos, vaya perdiendo el camino tanto en lo intelectual como en lo ético, dejándose llevar por un modelo social que se deja fascinar por lo superfluo, lo “cosmético” y por la “lógica” de un consumismo sanitario con exageradas pretensiones de medicalizar la inadaptación y el malestar. Un modelo que abandona la reflexión en beneficio de la actuación; la construcción teórica en beneficio de la utilidad práctica inmediata. Habiendo antepuesto por encima de todo la producción de saberes dotados de una orientación pragmática, se evita el conocimiento alejado de toda consideración utilitarista. El concepto de rentabilidad se aleja del concepto de reflexión. Como escribe Gilles Lipovetsky, “no es la pasión por el pensamiento lo que triunfa, sino la demanda de saberes y de informaciones inmediatamente operacionales”.

En la praxis psiquiátrica, estos hechos tienen su máxima expresión en la construcción y utilización (pasa a pág. 3)

sumario

Aspectos éticos del diagnóstico en psiquiatría:1 a 5

Editorial:
«Inhibición química en delincuentes sexuales».....2

Límites del consentimiento en las personas con trastorno mental grave: .. 6 a 10

La Biblioteca del IBB11

Competencia del menor: un tema pendiente12 a 14

Medidas restrictivas en la hospitalización psiquiátrica: 15 a 19

Agenda20

■
Hay una mayor sensibilización mediática y una vulgarización científica que ha dado paso al culto a la salud, al miedo a la enfermedad, a la medicalización de la existencia y a la consagración del psicologismo
■

El ámbito de la salud no escapa a este hecho y la normalización médica invade cada vez más territorios del campo social. Hay una mayor sensibilización mediática y una vulgarización científica que ha dado paso al culto a la salud, al miedo a la enfermedad, a la medicalización de la existencia y a la consagración del psicologismo. Se fomenta la ilusión de que el dolor, el sufrimiento, los desajustes sociales y relacionales se pueden explicar con una etiqueta psiquiátrica y, en la gran mayoría de

Institut Borja de
Bioètica

Universitat Ramon Llull

DIRECCIÓN

Núria Terribas i Sala

MAQUETACIÓN Y EDICIÓN

Ma. José Abella

CONSEJO DE REDACCIÓN

Francesc Abel i Fabre
Jordi Craven-Bartle
Ester Busquets i Alibés
Jaume Terribas Alamego

DISEÑO GRÁFICO

Elisabet Valls i Remolí

COLABORADORES

Ester Busquets
Sabel Gabaldón
José A. Larraz
Josep Ramos
Núria Terribas

IMPRESIÓN:

Ediciones Gráficas Rey
ISSN:1579-4865

EDITA:

Institut Borja de Bioètica,
Fundación Privada
c/ Santa Rosa, 39-57 3a.
08950-Esplugues (BCN)
Telf. 93.600.61.06
Fax. 93.600.61.10
www.ibbioetica.org

Inhibición química en delincuentes sexuales

En pleno mes de Agosto el presidente francés, Nicolás Sarkozy, lanzó a la palestra pública el debate sobre la castración química de violadores y pederastas, que no se han rehabilitado durante su estancia en prisión. La propuesta del líder francés era un intento de tranquilizar a la ciudadanía ante la alarma social por el caso de violación de un niño de 5 años a manos de un pederasta de 61 años reincidente, que acababa de salir de prisión, después de haber cumplido condena.

A pesar de que la apuesta de Sarkozy – castración química – sea considerada como “demagógica”, lo que sí es cierto es que la sociedad tiene un problema con los presos por delito sexual que no se rehabilitan, porque por un lado debe proteger la seguridad de los ciudadanos, pero por otro no puede olvidar que, en un estado de derecho, el delincuente sexual también tiene su dignidad y derechos básicos que deben ser respetados.

Aunque el gobierno español no ha entrado ni tiene previsto de manera inmediata abundar en el estudio de esta cuestión, si que lo ha hecho la Generalitat de Catalunya a raíz de la excarcelación de José Rodríguez Salvador, conocido como el *violador de la Vall d’Hebron* el pasado 22 de Septiembre. Un hombre que después de pasar 16 años en la cárcel por múltiples agresiones sexuales no se ha rehabilitado y existe un peligro real de reincidencia ahora que está de nuevo en la calle.

En la primera reunión de la comisión de expertos creada por la Generalitat y la fiscalía, con el fin de estudiar la problemática de presos reincidentes que quedan en libertad, se llegó a un primer acuerdo: la mal denominada “castración química” (sería más acertado hablar de inhibición química, dado que la medicación que se da para inhibir el deseo sexual no es una castración, ya que es reversible y su efecto desaparece tres meses después de dejar el tratamiento) no se podrá imponer porque quedaría fuera del marco legal español, concretamente iría en contra del art. 15 de la CE, que habla del derecho a la vida y a la integridad física y moral y que proclama que nadie será sometido a tratos inhumanos ni degradantes.

Algunos estados de los Estados Unidos hace más de diez años que aplican este tratamiento; en cambio en otros países como Reino Unido es de carácter voluntario. La controversia sobre la eficacia de esta medida está muy viva. Hay quienes la defienden a ultranza porque consideran que es un método eficaz ya que protege tanto a los ciudadanos como al propio agresor sexual. En cambio, hay quienes consideran que la medida no es efectiva para proteger a las víctimas dado que los delitos sexuales, igual que la violencia de género, no tienen una causa física, sino ideológica: ideas de dominación y subordinación, problemas de convivencia social y aceptación de las normas impuestas... Por eso sostienen que las soluciones de carácter fisiológico no son suficientes.

A pesar de la controversia que suscita este problema y su difícil resolución es muy importante que continúe vivo el debate social y que figure también en la agenda política. Es irresponsable e injusto dejar en libertad a un agresor sexual no rehabilitado porque se expone a la sociedad a nuevos delitos sexuales, pero también es irresponsable e injusto atacar contra su dignidad, porque la dignidad ontológica no se pierde nunca. Con todo, será necesario seguir reflexionando y confiando en la creatividad intelectual para encontrar soluciones que logren el equilibrio entre el respeto a la ciudadanía y el respeto a la dignidad del agresor potencial.

(viene de pág. 1)
del diagnóstico que, como en cualquier actividad asistencial en medicina, se erige como apoyo y punto de partida de todo acto psiquiátrico. Los problemas éticos relacionados con el diagnóstico psiquiátrico, son inseparables de los conflictos éticos generados por la propia concepción de la enfermedad mental, en cuanto a sus límites y características específicas.

Gran parte de la práctica psiquiátrica y psicológica, en la actualidad, viene marcada por una verdadera “*compulsión al diagnóstico*”: un diagnóstico basado casi exclusivamente en pruebas empíricas cuantificables, tecnificado por la introducción de mentalidades y soportes algorítmicos y probabilísticos. Un diagnóstico en el que, en definitiva, se ignora o se simplifica la búsqueda de estructuras psicopatológicas subyacentes y en el que, en consecuencia, se evita la relación con el paciente y se anulan las posibilidades de un auténtico conocimiento clínico de lo individual, lo relacional y lo subjetivo. En otras palabras, un diagnóstico en el que se minimizan o se excluyen los valores implícitos en la persona. Este tipo de diagnóstico termina siendo el intermediario con el que a partir de entonces estructurará su relación el psiquiatra... cuando el diagnóstico debería estructurarse a través de la relación, a través de dos subjetividades encontradas (psiquiatra-paciente). Siempre como un proceso abierto, es decir, teniendo en cuenta la plasticidad diagnóstica, y más aun cuando el objeto de trabajo es el niño o adolescente.

Abundan los casos en los que el

diagnóstico psiquiátrico deja de ser un instrumento usado para alcanzar un fin (el tratamiento), y se convierte en un fin en sí mismo; entonces se vulgariza y con él se intenta dar respuestas tranquilizadoras ante hechos que rebasan a menudo el ámbito de la psiquiatría. Va ocupando así, cada vez más, el espacio de lo cotidiano, de lo social, de lo legal, otorgando a la psiquiatría una función de control social que no le corresponde. Como curiosidad, baste señalar el marcado crecimiento de entidades diagnósticas en psiquiatría, puesto que en la actualidad, en el DSM-IV, ya hay catalogados 374 trastornos mentales, mientras que en su primera publicación de 1952 (DSM-I) contaba con apenas 112 trastornos.

■
Abundan los casos en los que el diagnóstico psiquiátrico deja de ser un instrumento usado para alcanzar un fin (el tratamiento), y se convierte en un fin en sí mismo
■

El diagnóstico psiquiátrico se organiza alrededor de dos ejes epistemológicos distintos. El primero intenta ceñirse al máximo al modelo clásico médico (positivismo), que sirve para la comprensión de la patología orgánica. El segundo para construir modelos comprensivos que salven la dificultad principal de la psiquiatría: “*la objetivación de lo subjetivo*”, rasgo principal de una ciencia en la que la naturaleza del sujeto y del objeto observado son iguales, es decir la naturaleza humana, y que en el caso de los niños y adolescentes se complica por el hecho de ser individuos en desarrollo.

La psiquiatría, heredera del mo-

delo científico de la medicina, ha estado basada en la dicotomía radical entre lo normal y lo patológico, y ¿hasta qué punto el dolor, el peligro, el temor, la ansiedad, el conflicto, son normales, beneficiosos o incluso necesarios y a partir de qué punto son anormales o perjudiciales?, y ¿en qué medida conductas sobreadaptadas, operativas, eficientes y normativas se pueden catalogar como normales?

El diagnóstico psiquiátrico, más allá de ser un *acto epistemológico* y social, tiene características inherentes de *necesidad*, puesto que puede aparecer como aquello que resuelve o evita problemas humanos complejos: ordena el caos, proporciona certezas científicas aparentes y sustituye el juicio moral por la claridad de la “*verdad médica*”, tranquilizando conciencias. Son posibles los conflictos éticos por aplicación inadecuada o descontextualizada: bien porque se utiliza el diagnóstico psiquiátrico para explicar conductas rechazables o inadecuadas fuera de un contexto de enfermedad, limitándose a dar explicaciones o justificaciones de las conductas, a partir de distintos sistemas teóricos y sin una evidencia científica adecuada; bien reclasificando como enfermedades conductas desviadas, sin establecer con una base probada los límites del diagnóstico, ni las pautas de actuación o interviniendo sobre sujetos “*indeseables*” o asociales, mediante técnicas de contención social que pertenecen a la psiquiatría (internamientos forzosos, contención, tratamientos psicofarmacológicos), recogiendo dos aspectos doblemente “*dañinos*” inherentes al diagnóstico psiquiátrico: la ex-

clusión y deshumanización y la desacreditación y el castigo.

El problema ético fundamental del diagnóstico radica en que interviene en su realización la voluntad humana y en que es un acto susceptible de causar tanto daño como beneficio a la persona. Al ser posible un “mal uso”, es decir una mala aplicación (consciente o no) de categorías diagnósticas a quienes no le corresponden se pueden dar riesgos tales como la pérdida de la libertad personal, la sujeción a entornos o tratamientos psiquiátricos con potencial nocivo, el “etiquetaje” o estigmatización irreversible o duradera y en consecuencia toda una serie de desventajas sociales y legales. Sin embargo, los sesgos en el proceso diagnóstico dependen más de la orientación y formación teórica del profesional y de determinadas características de su personalidad, que de los instrumentos diagnósticos en sí mismos. Hay pruebas que indican que ante un diagnóstico dudoso -que no es raro en psiquiatría- el psiquiatra tiende a diagnosticar trastornos para los que se dispone de un tratamiento farmacológico de plena actualidad.

William Osler definía la medicina como “la ciencia de la incertidumbre y el arte de la probabilidad”. Sólo los ordenadores y los psiquiatras inexpertos llegan con facilidad a formulaciones diagnósticas definitivas, puesto que los clínicos experimentados construyen siempre sus diagnósticos como hipótesis en revisión continua. La incertidumbre diagnóstica es una forma de duda científica que no está reñida con la firmeza necesaria para instaurar un tratamiento o mantener el cur-

so terapéutico. Si el juicio diagnóstico depende de la valoración de información frecuentemente contradictoria o insuficiente, la decisión diagnóstica requiere el compromiso de un estilo de acción, de la toma de decisiones racionales en condiciones de incertidumbre.

Clave de estas consideraciones es el concepto de **probabilidad**. La tendencia actual hacia la automatización del diagnóstico psiquiátrico favorece la aplicación directa de la probabilidad estadística, lo que presenta dos graves inconvenientes: por un lado la “mediocridad” del diagnóstico, la aplicación de los “baremos” a la toma de decisiones, hace que se desdibujen los casos extremos, provocando el riesgo de la proliferación de clínicos mediocres, que aciertan sólo en lo más obvio y se equivocan sistemáticamente en lo más difícil. Y por otro lado el entorpecimiento del pensamiento médico, al promocionar la búsqueda del encaje entre decisiones preprogramadas y observaciones superficiales, en detrimento del razonamiento causal sobre el encadenamiento de los procesos que subyacen en determinada condición.

En la práctica el acto diagnóstico no busca solamente acertar, sino que incluye además consideraciones sobre sus consecuencias. Según la naturaleza de éstas, el clínico tiende a preferir determinado diagnóstico, introduciendo así un sesgo que influye en su decisión final: se trata de la llamada “*utilidad subjetiva estimada*”. De cada diagnóstico se sigue una cadena de consecuencias para el paciente, la principal de las cuales es el tratamiento a que será sometido. Se-

gún esta consideración, el mejor diagnóstico, en caso de duda, es el que mejor conjuga probabilidad y utilidad. Sobre este criterio utilitarista se edifica una ética meta-diagnóstica, basada en una actitud casi exclusivamente beneficentista, que pone el acento en escoger aquella aplicación que tiene la mayor probabilidad de ser beneficiosa para el paciente.

■
La postura del psiquiatra infantil, implicado en el diagnóstico de problemas de comportamiento en el contexto de conductas desviadas y problemáticas, conlleva, sin duda, una carga ética
■

El proceso diagnóstico en la psiquiatría del niño y del adolescente encuentra numerosos obstáculos: las divergencias teóricas y culturales y hasta ideológicas que gravitan, ya en demasía, en el campo del adulto, se encuentran agravadas por las particularidades de una patología infantil, que se caracteriza por su dependencia, sus propias expresiones, la importancia de las relaciones con el entorno y su plasticidad, puesto que fundamentalmente trata sobre un ser en desarrollo. La localización nosográfica debe limitarse (y este límite es su virtud) a situar al niño en una fase de su historia, sin que por lo tanto su destino se fije de manera irremediable; de este modo podremos colocarnos en un punto de vista dialéctico y relacional.

El acto de adjudicar un diagnóstico se ha cuestionado éticamente. La postura del psiquiatra infantil, implicado en el diagnóstico de problemas de comportamiento en el contexto de conductas desvia-

das y problemáticas conlleva, sin duda, una carga ética. Muchos sostienen que la labor de los profesionales de la salud mental, al enfrentarse al inconformismo y a la desviación, supone no sólo una adecuada evaluación individual, sino también la valoración exhaustiva del ambiente en el que el niño, aparentemente y quizá sólo aparentemente, está creando dificultades. La evaluación de un niño con una conducta escolar disruptiva, por ejemplo, debería incorporar la valoración de los métodos de enseñanza y de los medios implementados con objetivos de control en el aula.

Debemos entender que la adjudicación de diagnósticos es tanto una cuestión pragmática como también ética, y en el caso de los niños podemos encontrar efectos negativos como la estigmatización diagnóstica, dando lugar a diagnósticos inapropiados que repercuten negativamente sobre las oportunidades del niño. Aunque por otra parte, podemos encontrar efectos positivos, como es el hecho de poder utilizar recursos adecuados, por ejemplo en el caso de los niños con autismo, una vez se llega al diagnóstico.

Toda actividad humana y todo conocimiento están comprometidos con valores y no podemos declararnos neutrales ante ellos, aunque desde el reduccionismo científico se haya definido la ciencia como "libre de valores". Es interesante la alternativa que se encuentra en la expresión "medicina dialógica" que empleaba Juan Rof Carballo, entendida como una consecuencia de esa antítesis en que se mueve todo psiquiatra, entre las exigencias del saber científico, por un lado, y la experien-

cia particular que aporta cada enfermo con sus características personales, por el otro. En otras palabras, sería superponible a lo que en la actualidad se llama "modelo de hechos y valores", y que plantea la innecesidad de optar entre unos y otros, o dicho de otro modo, la necesidad de hacerlos complementarios. Situando, en pie de igualdad, los hechos con los valores, dando mayor profundidad a la reflexión sobre los procesos patológicos y las enfermedades.

Es preciso tener en cuenta que las consideraciones éticas más fundamentales (y, en consecuencia, las más serias) en la psiquiatría, surgen a partir de la prerrogativa del diagnóstico. Toda actividad diagnóstica, más allá de su tecnificación, lleva implícita una relación interpersonal asimétrica, que debe estar reglada por unos principios éticos elementales y prescriptivos (Beauchamp, 1978): *autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia*, pero en estrecha relación con otros tres principios descriptivos añadidos (Kemp, 1998): *dignidad, integridad y vulnerabilidad*. Ahora bien, es preciso introducir unas dimensiones complementarias: por un lado la *responsabilidad ética*, responsabilidad que debe ejercerse en todos los dominios del saber y que es definida como "el deber de cuidar y preocuparse del otro vulnerable" (Torralba, 2002), ya que de otra forma la decisión y los objetivos del profesional que realiza una actividad diagnóstica pueden ser irresponsables y altamente nocivos. Y por último, otra dimensión fundamental es el *discernimiento* (Popper), que incluye la habilidad para realizar juicios y alcanzar

decisiones sin estar indebidamente influenciado por consideraciones, temores o vínculos emocionales extraños.

SABEL GABALDÓN

JEFE DE SECCIÓN DE PSIQUIATRÍA
HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU -BARCELONA
MÁSTER EN BIOÉTICA

Bibliografía

- ✓ Beauchamp, T. L.; Childress, J. F. *Principios de ética biomédica*. Barcelona, Masson 1999.
- ✓ Bloch, S. Chodoff, P. Green, S. *La ética en psiquiatría*. Tricastela, Madrid, 2001.
- ✓ Craven-Bartle, J. Forcada, J. M. Monés, J. *Contribució de Popper a l'ètica mèdica: com aprendre dels errors*. Annals de Medicina de l'Academia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears. Vol. 86, nº 1, Marzo 2003.
- ✓ Gabaldón, S. *El diagnóstico en psiquiatría: aspectos éticos y epistemológicos*. Ensayos de Bioética nº 4, Instituto Borja de Bioética. Barcelona, 2005.
- ✓ González de Rivera, J. L. *La ética del diagnóstico: aspectos clínicos*. Psiquis, 1996; 17(6):263-268.
- ✓ Kemp P.; Dahl Rendtorff J., *Basic Ethical Principles in european bioethics and biolaw. Vol. I: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability*. Institut Borja de Bioètica. Barcelona, 2000.
- ✓ Lázaro, J. *De la evidencia ilusoria a la incertidumbre razonable: introducción histórica*. Archivos de Psiquiatría, (supl. 3): 5-26. 2000.
- ✓ Lipovetsky, G. *El crepúsculo del deber*. Anagrama. Barcelona, 1994.
- ✓ Lipovetsky, G. *Los tiempos hipermodernos*. Anagrama. Barcelona, 2006.
- ✓ Pruyser, W. *Diagnosis and the difference it makes*. Menninger Foundation, New York, 1976.
- ✓ Rof Carballo, J. *Urdimbre afectiva y enfermedad. Introducción a una medicina dialógica*. Labor (2ª ed.), Barcelona 1999.
- ✓ Santander, F. *Ética y praxis psiquiátrica*. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Madrid 2000.
- ✓ Torralba i Roselló, F. *Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y Problemas*. Fundación Mapfre Medicina. Madrid, 2002.

Límites del consentimiento en las personas con trastorno mental grave: el «tratamiento involuntario»

Es conocido por todos que cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere que la persona afectada, habiendo sido informada previamente de forma suficiente y adecuada, dé su consentimiento específico y libre. Éste es, sin duda, el valor primordial sobre el que hoy descansa la relación clínica y constituye la norma legal fundamental del derecho sanitario. Por lo tanto, la toma de decisiones en la clínica asistencial es el fruto, entre otros factores, de la relación entre el criterio experto de los profesionales sanitarios y la aceptación por parte de los enfermos o de sus representantes.

■
Cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere que la persona afectada, habiendo sido informada previamente de forma suficiente y adecuada, dé su consentimiento específico y libre

Esta capacidad concreta de las personas para participar en las decisiones sobre la salud y la propia vida la conocemos como *competencia mental*, y en el ámbito sanitario, la definimos como la capacidad de recibir, comprender y retener la información relevante sobre la propia situación clínica, pudiendo escoger entre las opciones posibles y sus alternativas de manera racional y de acuerdo con los propios valores personales. En la práctica, la existencia de esta capacidad es la que da legitimidad

al paciente para consentir o rechazar las medidas terapéuticas que los expertos proponen.

La naturaleza de muchas enfermedades mentales graves, por ejemplo la esquizofrenia o la depresión mayor, hace que evolucionen de manera errática o por episodios. Las fases de compensación y recuperación pueden ser largas. A diferencia de un enfermo con demencia o una persona con discapacidad intelectual, el enfermo mental no siempre está instalado en su déficit o en su enfermedad. Hay que tener presente que la mayoría de los trastornos psiquiátricos presentan una evolución irregular y cambiante, que comportan frecuentes modificaciones del estado mental de los pacientes, tanto en el sentido de una mayor patología o discapacidad, como en su contrario, de mejor equilibrio y recuperación. Factores como la particular personalidad del sujeto, el tipo de enfermedad, el nivel de adaptación conseguido antes de la aparición del trastorno, el contexto familiar y social concreto, el tipo de tratamiento recibido y el momento en que se inició, pueden modificar de manera significativa la evolución y el pronóstico de las personas que padecen trastornos mentales graves, y por lo tanto, sus capacidades concretas respecto al ejercicio de la propia autodeterminación.

Esta visión es, en sí misma, válida para todos los casos, independientemente de la gravedad o del

grado de discapacidad de una persona en concreto y conlleva dos consecuencias inmediatas para todos los profesionales de la salud mental: la *primera*, que siempre que un paciente tenga la capacidad de decidir de manera responsable, debe poder hacerlo incluso a pesar de los fracasos anteriores. Y la *segunda*, que cuando no es posible una decisión responsable por causa de un estado psíquico gravemente patológico, el beneficio para su salud es el valor fundamental. Los profesionales de la salud mental se encuentran con mucha frecuencia en estos dilemas que ponen al límite, no sólo su experiencia, sino también sus propios valores personales. Por eso hablamos a menudo de la psiquiatría como una práctica basada en hechos y valores.

■
A diferencia de un enfermo con demencia o una persona con discapacidad intelectual, el enfermo mental no siempre está instalado en su déficit o en su enfermedad

En las guías de buena práctica para la correcta decisión en estos conflictos de valores (1), los argumentos más importantes son:

- En el ejercicio clínico es inexcusable partir siempre de la premisa según la cual, en principio, la competencia se le supone a cualquier paciente adulto o menor maduro.

• El diagnóstico psiquiátrico no presupone en sí mismo un grado o nivel de competencia mental. Es necesario una exploración detallada de la capacidad del paciente para cada momento y para cada decisión.

• Las decisiones no son todas de la misma relevancia. Una decisión que conlleve riesgos graves y pocos beneficios requerirá una capacidad plena por parte del paciente. Al contrario, una decisión que conlleve claros beneficios con escasos riesgos requerirá un estándar de competencia menor. Por lo tanto, la competencia del paciente para consentir se debe verificar para cada forma y curso de tratamiento indicado. Esto se recoge en el *Convenio Europeo sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina* (1997) cuando recomienda la necesidad de pedir el consentimiento para las actuaciones terapéuticas concretas, incluso dentro de un ingreso no voluntario.

• En la actividad psiquiátrica, es necesario considerar continuamente la reversibilidad de los déficits de competencia, en función de la reversibilidad del propio trastorno que la provoca. En estos casos el deber profesional es el de procurar restablecer tan pronto como se pueda los niveles máximos de su capacidad decisoria.

El ingreso no voluntario

En el Convenio Europeo citado, el tratamiento no voluntario de una persona no competente para consentir sólo está justificado en base al principio de protección de la salud del individuo y por lo tanto, a una necesidad sanitaria (2).

Las garantías jurídicas de la situación de ingreso no voluntario están perfectamente definidas en la legislación vigente. Implican la obligatoriedad de que el afectado sea visto por un Juez (normalmente con el médico forense), y que, una vez oído al Ministerio Fiscal o a cualquier otra persona que el juez o el afectado determinen, el juez resuelva o no la autorización para el ingreso (3). En un estudio reciente de derecho comparado referido a los países de la UE, se ha mostrado la extraordinaria diversidad existente en las normas que regulan esta importante excepción al principio del consentimiento informado (4,5).

En el ámbito de la asistencia psiquiátrica entendemos por «ingreso no voluntario», aquél que, indicado por un médico y bajo el control previo o posterior de un juez, se basa estrictamente en la necesidad de salud de un paciente que no tiene la competencia mental necesaria para prestar consentimiento responsable (1).

Por lo tanto, los criterios para un ingreso no voluntario son:

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

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

□ Según los conocimientos disponibles, la medida de hospitalización es razonablemente más efectiva y beneficiosa para el paciente

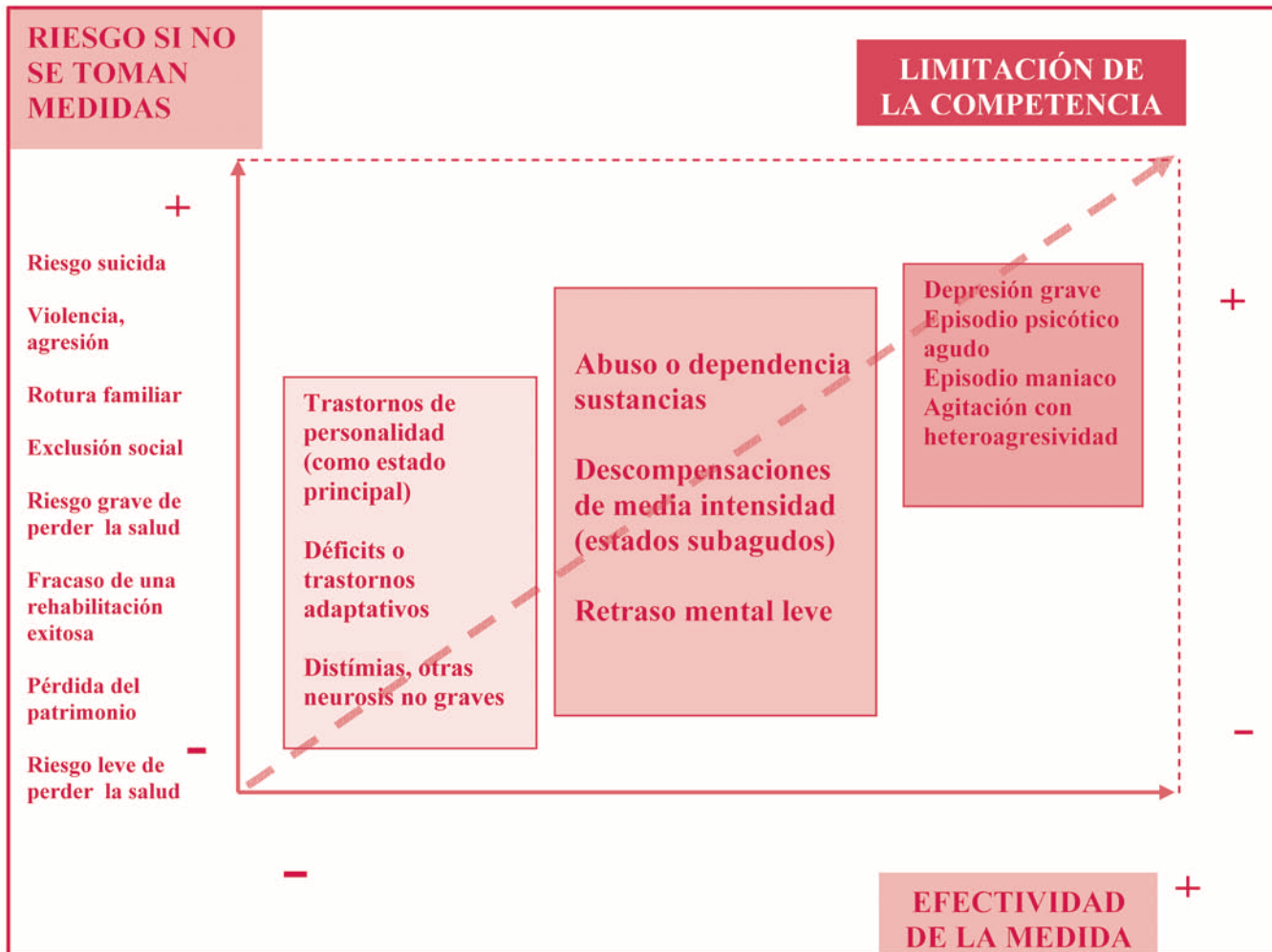
que cualquier otra alternativa terapéutica menos restrictiva.

Estos criterios son especialmente aplicables a situaciones agudas. En ellas, el diagnóstico sindrómico nos da información sobre el estado mental actual del paciente, lo que, junto a una evaluación sobre los riesgos y sobre la efectividad de la medida de hospitalización, permite una aproximación muy ajustada sobre el tipo de internamiento más recomendable. Ésta es la base de conocimiento necesaria para establecer protocolos asistenciales que mejoren la heterogeneidad actual entre los clínicos.

En el **gráfico de la página siguiente**, se ve claramente que riesgo y efectividad son máximos en la clínica de depresión grave, episodio psicótico agudo, episodio maniaco o agitación con auto o heteroagresividad, con independencia de cual sea el trastorno causante del cuadro clínico. En estas condiciones en las que el riesgo es grave y las medidas terapéuticas son muy efectivas, los argumentos que tendría que dar un paciente para poder decidir (y para poder rechazar), tendrían que ser muy claros y convincentes, y justamente cuando su estado mental está más alterado. El principio del consentimiento aplicado a un caso así atendería contra la dignidad humana del paciente y, por lo tanto, contra el principio de responsabilidad de los profesionales.

Por el contrario, hay situaciones de poco riesgo, y con una competencia mental conservada, en las que la hospitalización de corta duración es poco efectiva. En estos casos la hospitalización tendría que pactarse entre el paciente y el psiquiatra en base a un contrato terapéutico libremente consentido.

Gráfico sobre la hospitalización de agudos
Estado clínico y relación entre riesgo de no hacer efectiva la medida y la efectividad terapéutica en la disminución de la competencia mental (6)



En situaciones intermedias se encontrarían otros estados patológicos que admiten incorporar criterios complementarios, por ejemplo, examinar la historia clínica del paciente si ha estado en otros establecimientos u hospitales diferentes del actual, o introducir en el diálogo con el paciente, criterios de competencia más móviles.

La controvertida figura del tratamiento ambulatorio forzoso

En los últimos años, y mientras asistimos a un descenso especta-

cular de camas psiquiátricas en toda Europa, en países como Alemania o el Reino Unido se han ido incrementando poderosamente el número de ingresos involuntarios y de camas de psiquiatría forense (7). A la vez, se produce un claro incremento de los tratamientos en la comunidad, lo que hace que muchos pacientes que antes hubiesen ocupado una plaza en un centro psiquiátrico de larga estancia, se encuentren ahora viviendo en casa, a cargo de los padres, o en plazas residenciales protegidas. Esta situación no está del todo resuelta y se hace evidente que los cuidadores no disfrutan de las ga-

rantías mínimas de atención y apoyo por parte de los servicios públicos especializados, para disminuir o evitar los riesgos que esta situación conlleva.

Ha surgido el debate en muchos países de nuestro entorno, y también en España, sobre la conveniencia de instaurar la figura del tratamiento ambulatorio forzoso...si bien la situación es desigual en la Unión Europea.

Por todo ello ha surgido el debate en muchos países de nuestro

entorno, y también en España, sobre la conveniencia de instaurar la figura del tratamiento ambulatorio forzoso. Como en el caso del ingreso involuntario, la situación es desigual en la Unión Europea, y sólo Bélgica, Luxemburgo, Portugal y Suecia lo tienen previsto de manera explícita en sus legislaciones (4). Uno de los modelos de referencia en el debate ha sido la llamada «Ley Kendra», impulsada por la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York (8).

■

En el estado español la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES) ha elaborado una propuesta de reforma del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, con el fin de regular los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos mentales graves

■

En el estado español la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Enfermos Mentales (FEAFES), ha elaborado una propuesta de reforma del artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, con el fin de regular los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos mentales graves (ver cita al final del artículo).

Esta figura podría mejorar la adherencia al tratamiento de muchos pacientes de riesgo, sin necesidad de ingreso forzoso o incluso disminuir el número de éstos; a su vez implicaría más sectores sociales en uno de los problemas más urgentes de la psiquiatría comunitaria actual. Sin embargo, han surgido muchos opositores entre profesionales y los propios afec-

tados, que consideran que el tratamiento involuntario tiene la pretensión de compensar la falta de servicios apropiados y eficaces, que deteriora la relación terapéutica y que podría “criminalizar” al paciente a través de las actuaciones policiales que se derivarían de su ejecución (9).

Lamentablemente, el debate se ha planteado, en el caso español, sobre una excesiva base ideológica, simplificando las posiciones entre una supuesta adscripción de derechas o de izquierdas, o enfrentando los afectados «familiares» con los afectados «pacientes». El sector profesional se ha manifestado igualmente dividido en esta cuestión.

En mi opinión, muchas de las críticas que se han hecho a la propuesta confunden las prioridades argumentales poniendo por delante razonamientos basados en la sospecha (así los servicios no mejorarán, se pueden cometer abusos, etc...) o categorizan con connotaciones penales lo que no deja de ser un componente más y en la práctica muy limitado (el control judicial) para coadyuvar en las estrategias, a menudo extremadamente complejas, de la recuperación de un paciente de riesgo que se niega reiteradamente al tratamiento. Y todo ello, en un tiempo de desarrollo y fomento de la psiquiatría comunitaria, donde teóricamente estamos tratando de evitar los internamientos así como las conductas de riesgo para sí o para otros que, cada vez más, presentan algunos enfermos mentales graves. Sorprende que muchas de estas argumentaciones no tengan suficientemente en cuenta el estado del conocimiento experto actual, según el cual sabemos que

la media de tiempo, para un enfermo esquizofrénico, que se tarda en iniciar un tratamiento sostenido, es de más de 6 años, cuando ya el pronóstico de la enfermedad es nefasto. Es cierto que los servicios y las actitudes de los profesionales deben mejorar mucho, pero la presión social estigmatizadora, las condiciones sociales y familiares de muchos casos y el impacto de la enfermedad en la propia imagen y autoestima seguirán alimentando la negación de la enfermedad en muchos pacientes, incluso en la mejor organización asistencial.

Desde la Consejería de Salud de Cataluña se celebró en marzo de 2005 un encuentro con metodología de consenso con todos los representantes involucrados de los diferentes sectores. A pesar de las diferentes sensibilidades se aceptó que algunos pacientes podían beneficiarse de una medida como ésta. Los requisitos que debería cumplir serían:

□ Que se aplique en situaciones de excepcionalidad, fundamentándolo en el principio de beneficio de la persona, una vez agotadas todas las posibilidades de establecer alianzas terapéuticas.

□ Que sean situaciones en las que la gravedad psicopatológica representa un riesgo grave para la persona y limita claramente su competencia para decidir en su mejor beneficio.

□ Que la medida propuesta tenga una efectividad contrastada y aporte claramente más beneficios que riesgos.

□ Que su aplicación sea puntual y limitada en el tiempo.

□ Que nunca se aplique como una alternativa a la falta de servicios sanitarios y sociales.

Las medidas coercitivas son y han sido una constante en la práctica psiquiátrica, pero hay una radical diferencia entre el pasado y el presente: hoy la coerción sólo tiene sentido si:

➤ Es una condición necesaria para la aplicación de un tratamiento efectivo.

➤ Sin el cual los riesgos para el paciente y para terceros sean graves.

➤ El paciente no tiene la competencia mental necesaria para discernir.

➤ Se realiza honestamente teniendo en cuenta la dignidad de la persona.

Estos valores éticos ya forman parte de las normas legales de todos los estados de derecho, pero requieren, por encima de todo, de profesionales comprometidos, sensibles y formados, que sean capaces de entender su trabajo como una aportación esencial para la recuperación de la autonomía y de los plenos derechos de ciudadanía de muchas de las personas afectadas por trastornos psiquiátricos graves.

JOSEP RAMOS

PSIQUIATRA
DIRECTOR DE PLANIFICACIÓN Y
COORDINACIÓN ASISTENCIAL DE S.J.D.
SERVICIOS DE SALUD MENTAL
MÁSTER EN BIOÉTICA

Cita en texto

En relación con la regulación legal del tratamiento forzoso ambulatorio, la propuesta inicial de modificación de la «Ley de Enjuiciamiento Civil», que citamos a continuación, está siendo revisada signifi-

cativamente en la actualidad -*proyecto de Ley de Jurisdicción Voluntaria*-, y quizás en un sentido que podría no ser tan cuidadoso o garantista.

➤ Propuesta de modificación del Art. 763-5 LEC:

«Podrá también el Tribunal autorizar un tratamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico o un periodo de observación para diagnóstico, cuando así lo requiera la salud del enfermo, previa propuesta razonada del especialista, audiencia del interesado, informe del Forense y del Ministerio Fiscal.

En la resolución que se dicte deberá establecerse el plan de tratamiento, sus mecanismos de control y el dispositivo sanitario responsable del mismo que deberá informar al Juez, al menos cada tres meses, de su evolución y seguimiento, así como sobre la necesidad de continuar, modificar o cesar el tratamiento.

El plazo máximo de duración de esta medida será de dieciocho meses».

➤ Proyecto de «Ley de Jurisdicción Voluntaria», que se encuentra en fase de discusión parlamentaria. Dispone en su capítulo IX diversos artículos sobre «Autorización judicial de los tratamientos no voluntarios de las personas con trastornos psíquicos», a partir de las ideas básicas siguientes:

✓ Podrán promover el expediente el cónyuge o persona en situación asimilable, descendientes, ascendientes o hermanos, tutores, curadores o titulares de patria potestad, así como el facultativo o responsable de salud del centro donde esté adscrito el paciente.

✓ La propuesta deberá razonarse, dándose audiencia al paciente, al solicitante, al Mº Fiscal y al médico forense, en orden a determinar la falta de capacidad para decidir del paciente, su situación clínica y la necesidad del tratamiento a seguir.

✓ El Juez resolverá concretando el plan de tratamiento farmacológico, psicosocial y terapéutico a seguir por el paciente, bajo supervisión judicial periódica y demás mecanismos de control que se estimen adecuados, pudiendo revisarse la situación del paciente en cualquier momento, por indicación facultativa.

Bibliografía:

1.- *Guia per a l'internament involuntari i les mesures restrictives en Psiquiatria*. Comitè de Bioètica de Catalunya. Direcció General de recursos sanitaris. Conselleria de Salut. Generalitat de Catalunya (2002).

2.- *Conveni per a la protecció dels drets humans i la dignitat de l'ésser humà respecte a les aplicacions de la Biologia i la Medicina*. Conveni d'Oviedo. Consell d'Europa (ratificat per Espanya i en vigor des de 1er de gener de 2000).

3.- Art. 763 de la *Ley de Enjuiciamiento Civil (LEC)* y *Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente*.

4.- *Compulsory Admission and Involuntary treatment of Mentally Ill Patients. Legislation and Practice in EU-Members States* /Research Project. European Commission. Mannheim, 2002.

5.- *Projecte EUNOMIA (European Evaluation of Coercion in Psychiatry and Harmonization of Best Clinical Practice)*, 2003-2007.

6.- *Protocol sobre internament involuntari*. Sant Joan de Déu, serveis de salut mental (1999).

7.- *Desinstitucionalització: barreres econòmiques i oportunitats*. Knap, Martin. MHEEN Meeting. London School of Economics. July, 2002

8.- *Resumen: Una explicación de la Ley Kendra*. Preparado por la Oficina Legal de la Oficina de Salud Mental del Estado de Nueva York, OMH (1999).

9.- *Documento de la Asociación Española de Neuropsiquiatría sobre la propuesta de regulación del tratamiento ambulatorio involuntario*. Aprobado por la Junta Directiva de la Asociación Española de Neuropsiquiatría en su reunión de fecha 28-29 de enero de 2005 en Madrid.

La biblioteca del IBB

En este número presentamos una selección de monografías relacionadas con la temática de salud mental

- Ayuso Gutiérrez, José Luis [dir.]. *10 palabras clave en psiquiatría*. Estella (Navarra) Verbo Divino, 1997.
- Bayés Sopena, Ramón. *El reloj emocional: La gestión del tiempo interior*. Barcelona: Alienta, 2007.
- Boada, Mercé; Robles, Alfredo [ed.]. «Documento Sitges»: *Análisis y reflexiones sobre la capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia*. Barcelona : Glosa, 2005.
- Carmi, A., Moussaoui, D., Arboleda-Florez, J. *Teaching ethics in psychiatry: Case-vignettes. Haifa, Israel: UNESCO Chair in Bioethics Office, the University of Haifa, Israel*. 2005. Bio 17 II 459.
- Gandara Martín, J. J. de la. *Casos clínicos de residentes en psiquiatría 5*. Madrid : GlaxoSmithKline, 2003.
- García Férez, José. *La bioética ante la enfermedad de Alzheimer (EA)*. Madrid : Desclée de Brouwer, 2005.
- *I Jornadas de Ética y Derecho en Psiquiatría*. Espulgues de Llobregat (Barcelona) 2-3/10/2003.
- Janssen, Thierry. *La solución está en ti : Descubre el poder y la memoria emocional de tu cuerpo*. Madrid: Martínez Roca, 2007.
- Jiménez Morales, Mònika. *De l'estereotip adult a la realitat preadolescent. Influència del discurs audiovisual publicitari en els trastorns del comportament alimentari en nens i nenes de 8 a 12 anys*. Barcelona: Departament de Periodisme i de Comunicació Audiovisual. Universitat Pompeu Fabra, 2006.
- *Manual de Recursos de la OMS sobre Salud Mental, Derechos Humanos y Legislación: Sí a la atención, no a la exclusión*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud (OMS) 2006.
- Medina León, Antonio; Moreno Díaz, M^a José; Lillo roldán, Rafael (eds.). *Trato indigno: Encuentros jurídicos- Psiquiátricos*. Badalona: Atrium, 2005.
- Montejo González, A. L. [coord.]. *Sexualidad y salud mental*. Barcelona : Glosa, 2005.
- Montejo González, Ángel Luis. *Sexualidad, Psiquiatría y Cultura*. Barcelona: Glosa, 2005.
- Müller-Blaser, Yvonne. *Demenz und Ethik: eine besondere Herausforderung*. Basel (Switzerland) Schweizerische Gesellschaft für biomedizinische Ethik, 2007.
- *Orientations ministérielles relatives à l'utilisation exceptionnelle des mesures de contrôle: Contention, isolement et substances chimiques*. Québec: Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2002.
- *Pastoral en el mundo del sufrimiento psíquico: Documento de orientaciones*. Madrid: Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús, 2000. Bio 17 II 457.
- *Personas con discapacidad intelectual: manual de educación afectivo-sexual*. Madrid: Fundación Juan Ciudad, 2007.
- Serra, Jaume [coord.]. *Trastorns del comportament alimentari: Guia per a l'atenció primària de salut*. Barcelona: Servei Català de la Salut, 2003.

El Instituto recuerda a todos los lectores que el contenido de su biblioteca y centro de documentación, con más de 13.000 monografías y 200 revistas nacionales y extranjeras, se puede consultar "on line" a través de nuestra página web: www.ibbioetica.org

La competencia del menor: un tema pendiente...

Dedicamos el presente número de «*bioètica & debat*» a los temas de salud mental y a algunas de las cuestiones éticas que se plantean, si bien han quedado muchas en el tintero por falta de espacio. Entre ellas, nos gustaría haber tratado la difícil problemática de los menores de edad y las dificultades que plantea el abordaje de la patología mental en jóvenes y adolescentes.

Menciono esta cuestión, ya que por razones de oportunidad en el tiempo, sí me gustaría recoger un breve comentario a una reciente resolución judicial que analiza el tema de la competencia de los menores y adolescentes en el ámbito de la salud y la toma de decisiones. Se trata de la Sentencia del Juzgado núm. 12 de lo Contencioso de Barcelona, que se pronuncia sobre la impugnación por parte de un colectivo de médicos de dos artículos del Código Deontológico del Consejo de Colegios Médicos de Cataluña. Estos dos artículos se posicionan sobre el respeto del derecho de los menores maduros a la confidencialidad de la información sobre su salud, y al derecho de la toma de decisiones, incluso ante una posible confrontación con los padres, sobre temas de tal trascendencia como un aborto o una esterilización.

No podemos olvidar que estos derechos tienen su base jurídica en la *Ley 41/2002 básica estatal* sobre autonomía y derechos de los pacientes, y sus homólogas leyes autonómicas, además de otras normas de aplicación como la *Ley de Protección Jurídica del Menor*, la *Ley de Protección de Datos de carácter*

Un juez veta que el médico visite a adolescentes sin estar presentes los padres. La sentencia del Juzgado de lo Contencioso núm. 12 de Barcelona anula los arts. 33 y 59 del Código Deontológico de los médicos de Cataluña.

El Periódico, 20 de Septiembre de 2007

“Artículo 33: El médico, en caso de tratar a un menor de edad y cuando lo considere con suficientes condiciones de madurez, habrá de respetar la confidencialidad hacia los padres o tutores y hacer prevalecer la voluntad del menor.

Artículo 59: El médico no practicará nunca la interrupción del embarazo o esterilización sin el consentimiento libre y explícito del paciente, manifestado después de una cuidadosa información, en especial cuando éste sea menor, pero con capacidad para comprender aquello que consiente. Cuando no exista esta capacidad, será necesario el consentimiento de las personas vinculadas responsables”.

personal o el mismo *Código Penal* en su regulación de la figura del aborto.

La sentencia, a pesar de que hace un interesante repaso por las distintas disposiciones normativas y jurisprudenciales sobre los derechos del menor, en algunos puntos con cierta confusión, concluye finalmente anulando los arts. 33 y 59 de la norma deontológica, basándose esencialmente en dos argumentos de fondo:

• **Primer argumento:** La formulación de los arts. 33 y 59, defensores de la confidencialidad de la información sanitaria del menor maduro y de su capacidad de tomar decisiones, va más allá de lo que prevé la misma norma legal que sustenta ese derecho del menor (*Ley 21/2000* de Cataluña y *Ley 41/2002* básica estatal). Esta norma establece unos límites y matices que la norma deontológica no formula, en

un redactado excesivamente genérico, que habla de «*madurez*» en lugar de referirse a «*capacidad intelectual y emocional*», como hace la ley, y que afirma el deber de respetar la decisión de la menor en caso de aborto, cuando la *Ley 41/2002* exige la mayoría de edad.

En relación con el tema de la madurez, me parece fuera de lugar que el Juez pretenda exigir un redactado idéntico de la norma deontológica a la que recoge la ley, cuando su espíritu es el mismo. Valorar la madurez de un menor implica precisamente analizar su capacidad intelectual y emocional para una determinada decisión, y en este sentido deontología y ley son coincidentes. Incide especialmente en ello la sentencia, con una expresión poco respetuosa con la profesión médica, cuando afirma que «*la decisión sobre la madurez del menor queda en manos del médico... en un mo-*

mento de progresiva proletarización de una parte significativa de la profesión...y de falta de relación continuada entre médico y paciente... que permiten dudar sobre la capacidad del facultativo de valorar la madurez del menor...». Continúa diciendo que «el médico no es nadie para valorar la madurez del menor...», y que esto no puede hacerlo sin contar con la información que deberían compartir los padres. Creo que, a pesar de los condicionantes que rigen en la actividad asistencial, los profesionales -médicos y no médicos-, en general, tienen elementos y criterio suficiente para hacer esta valoración, en función de la decisión a tomar por el menor, pues no olvidemos que el tema de la competencia es gradual (ver artículo anterior).

Por otro lado, la referencia del art. 33 sobre el deber de preservar la confidencialidad del menor maduro, también se saca de contexto en la sentencia y la equipara a una «prohibición del médico de informar a los padres...» de forma automática ante cualquier asistencia a un menor que se juzgue con madurez suficiente. No tiene en cuenta el Juez que la confidencialidad entre médico y menor maduro se configurará como un deber de preservar la información cuando sea el menor quien solicite esta confianza del médico, situación que no necesariamente se da siempre y que, analizando mínimamente la realidad asistencial, podemos observar que sólo suele darse cuando el menor se encuentra ante situaciones o decisiones que afectan a su esfera más íntima y personal... seguramente no ante intervenciones de riesgo vital en las que será el propio menor quien solicite la asistencia y acompañamiento de sus padres. No olvi-

demos que, además, es la propia Ley 41/2002 la que precisamente dispone que sólo ante «situaciones de grave riesgo, a criterio del facultativo...» deberá informarse a los padres y escuchar su parecer. Por tanto, la misma ley deja en manos del médico dicha valoración.

■

Debemos hacer una reflexión sobre cómo educamos a los jóvenes, qué responsabilidades asumen los padres y de cuáles abdican... en lugar de centrar estos déficits en la tarea del médico

■

Afirma la sentencia, acertadamente, que no es tarea del médico «dirimir conflictos entre padres e hijos», y entiendo que realmente lo estaría haciendo si ante un menor que le pide confidencialidad sobre cierta información sanitaria, por las razones que sea, se limitase a retenerlo hasta que comparezcan sus padres y preguntarles qué debe hacerse... eso sí sería erigirse en árbitro de conflictos familiares.

Debemos hacer una reflexión sobre cómo educamos a los jóvenes, qué responsabilidades asumen los padres y de cuáles abdican, hasta qué punto los estilos de vida familiar actuales han llevado a un empobrecimiento tal de la relación intrafamiliar que nuestros hijos se forman a partir de internet, de las amistades y de otros «agentes» educativos como el colegio, pero «huérfanos» de padres en un sentido integral... en lugar de centrar estos déficits en la tarea del médico que, en definitiva, se debe a su paciente, inclusive cuando éste es un menor con madurez suficiente, pensando en su bien y en su salud.

Finalmente, en relación con este argumento de la sentencia, una bre-

ve referencia al tema de la interrupción del embarazo. La argumentación del juez no repara en el hecho de que la Ley 41/2002 cae en un error cuando exige la mayoría de edad para consentir en un aborto, puesto que pasa por encima de la Ley Orgánica 9/1985 de reforma del Código Penal, que regula los supuestos de despenalización del aborto. Su redactado no exige los 18 años sino que habla en todo momento de la «mujer embarazada». Por tanto, una ley con rango inferior, como es la Ley 41/2002, no puede establecer un requisito más estricto que la ley orgánica de reforma del Código Penal.

En este sentido entiendo que la decisión sobre la interrupción del embarazo debe remitirse a la regulación del «menor maduro» que contempla el art. 9.3 c) de la Ley 41/2002, valorando la madurez de la menor, por lo que la norma deontológica se adaptaría plenamente a la legalidad. Otra cuestión es que, como sociedad, nos planteemos que hay que hacer algo para detener la cascada imparable de abortos en adolescentes, más allá de dispensar la píldora postcoital... pero ésta es otra discusión que va más allá de un Código Deontológico, y que no resolveremos anulando dos de sus artículos.

Por otro lado, quisiera también remarcar que la referencia del art. 59 del Código Deontológico no pretende fomentar el «aborto en adolescentes» -realidad por todos conocida y que a pesar de estar al margen de la ley es tolerada socialmente sin intervención alguna de la autoridad judicial ni de los políticos-, sino que va en la línea de proteger a las menores embarazadas ante una posible decisión arbitraria de sus progenitores de someterlas a

un aborto o a una esterilización (p.e. en discapacitadas intelectuales no incapacitadas legalmente), en contra de su voluntad o sin contar con su opinión. La aplicación del criterio estricto de la mayoría de edad supondría atender exclusivamente a la autoridad de los padres, atentando a la propia dignidad de la menor en cuestiones tan personalísimas como las que atañen a la decisión de tener hijos.

• **Segundo argumento:** Las disposiciones de los arts. 33 y 59 van contra el ejercicio de la patria potestad, en tanto que ésta «no debe interpretarse sólo como un conjunto de deberes tutelares sino también como un derecho de los padres sobre su descendencia, de proyectar en sus hijos su propia personalidad, sus valores, sus creencias y su cultura...», desafortunada formulación de la sentencia, a mi entender, que acentúa el menosprecio de los derechos personales de los hijos.

La sentencia se muestra, pues, poco partidaria de dar a los jóvenes ámbitos de responsabilidad y decisión en reconocimiento de sus derechos como ciudadanos y personas humanas, en especial respecto a su esfera más íntima y personal, tal como reconocen desde la *Declaración Universal de Derechos Humanos* y la *Declaración Universal de Derechos del Niño*, hasta la *Ley de Protección Jurídica del Menor* o la *Ley de Protección de Datos Personales*. Entiendo que es deber de los padres educar y ayudar a la formación del los hijos en valores humanos, velar por su bienestar, y respetar su derecho a configurarse como una personalidad propia, de forma integral e independiente. Si partimos de la base de que el tener hijos supone un «derecho» de los padres

a proyectar sobre ellos su propia personalidad, en lugar de ser vivido como un acto de generosidad, amor y entrega incondicional, es que debemos revisar con urgencia lo que entendemos por «paternidad y maternidad».

Los padres debemos plantearnos qué tipo de relación establecemos con nuestros hijos; si, a pesar de las dificultades de ciertas etapas como la adolescencia, somos capaces de conectar con ellos y crear espacios de diálogo que les permita, espontáneamente, compartir con nosotros aquello que les preocupa y que los hace sufrir... a fin de que podamos «con ellos» resolver un problema, sin quejarnos de «indefensión y derecho a una segunda opinión...», tal como exige la sentencia. Si pretendemos desentendernos de esta responsabilidad en su educación, no queramos después reclamar unos derechos como padres que se concreten sólo en controlar e intervenir en todo aquéllo que les afecta personalmente, y que ellos voluntariamente no quieren compartir con nosotros, pidiendo confidencialidad a los profesionales (sanitarios, pedagogos, etc.).

No es lícito cargar contra los médicos, que bastante hacen con llevar a cabo su función de preservar la salud, aconsejar a los adolescentes y prevenir cuando se puede, con los medios de los que disponen y bajo la presión asistencial con la que trabajan. A menudo este esfuerzo permite que los jóvenes confíen en el sistema sanitario, aceptando la intervención de los profesionales en bien de su salud e incluso recibiendo el consejo de que, ante un problema, lo hablen con sus padres... si después el adolescente lo hace o no ya no es cuestión en la que el médico deba intervenir, ya que no forma

parte de su ámbito de responsabilidad. Echaremos a perder ese logro si imponemos la autoridad de los padres en un mal entendido ejercicio de la patria potestad.

Por todo lo dicho, entiendo que la sentencia comentada supone un retroceso en la consecución y concreción de los derechos de los adolescentes en el ámbito sanitario, y que las últimas leyes en España han definido. A su vez, desprestigia la profesión médica y genera más desconfianza aún del colectivo en la propia deontología profesional, remitiéndolos una vez más al criterio judicial, por desgracia a veces arbitrario y subjetivo, y que tanto daño ha hecho a la medicina de nuestros tiempos, convirtiéndola en «medicina defensiva», en perjuicio de su carácter más humanizador.

Confiemos en que el Tribunal Superior de Justicia de Cataluña revise la sentencia con criterio jurídico ajustado a derecho, devolviendo las cosas a su debido sitio.

Para finalizar, comentar que aquellos médicos a quienes los derechos del menor maduro les genere un conflicto personal de valores, por confrontación entre lo que ellos consideran un deber moral hacia los padres frente al deber legal de respetar los derechos del menor, siempre pueden recurrir a la *objeción de conciencia*, derecho constitucional que también su norma deontológica recoge. Objeción de conciencia, sin embargo, que debería ejercerse correctamente, renunciando a la atención de adolescentes en el respectivo servicio o centro y no saltándose sus derechos en el momento de la consulta...

NÚRIA TERRIBAS

JURISTA
DIRECTORA DEL IBB-URL

Medidas restrictivas en la hospitalización psiquiátrica

Hablar, en pleno siglo XXI, del uso de medidas restrictivas en una actividad de atención sanitaria (psiquiatría en este caso), de entrada resulta un total contradictorio, que puede retrotraernos en el imaginario colectivo a las épocas más oscuras de la psiquiatría, no tan lejanas, en las cuales precisamente eran estas medidas restrictivas/coercitivas su eje fundamental, llegando incluso al aislamiento permanente de la persona como medio de protección de una sociedad indefensa ante el «loco», es decir ante una persona muy peligrosa, capaz de cualquier cosa, y por tanto incapaz de convivir e integrarse en la dinámica social de su entorno. Todo ello ante la ausencia de tratamientos farmacológicos efectivos, que se desarrollan bien entrada la segunda mitad del siglo XX.

En la última parte del siglo pasado, se va regulando en los textos constitucionales de todos los países, sobre todo del mundo occidental, la libertad de la persona como derecho fundamental de la misma. En este caso la Constitución Española (CE), consagra una protección del derecho a la libertad individual a dos niveles:

- La **libertad** tiene el carácter de valor superior del ordenamiento jurídico.
- Se protege de un modo especialmente intenso la **libertad física** del individuo.

En el ejercicio de la actividad sanitaria/asistencial, la CE no realiza mención alguna a la posibili-

dad de los tratamientos sanitarios obligatorios, como sí sucede en otros países de nuestro entorno.

La libertad individual del “enfermo” es objeto de mención y regulación, por primera vez, en España en la Ley General de Sanidad de 1986, en la cual se recoge: *“la libre elección del enfermo entre distintas opciones terapéuticas previo consentimiento informado, salvo en casos en que la persona no se encuentre capacitada para tomar decisiones o por razones de urgencia”*.

En la actualidad la regulación y protección de la libertad de la persona en su relación con el sistema sanitario, está recogida en la Ley catalana 21/2000 de 29 de Diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente y la documentación clínica, y sus homólogas leyes autonómicas, y en la Ley 41/2002 básica estatal de 14 de Noviembre, sobre la misma temática. En ambos textos legales, muy similares, se recoge la importancia que tienen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales. Entre ellos se recogen como **fundamentales** los siguientes:

- La dignidad de la persona, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad, como ejes principales de su relación con el sistema sanitario y sus profesionales.
- Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere el previo

consentimiento del paciente o usuarios.

- El paciente tiene derecho a decidir libremente.
- Todo paciente tiene derecho a negarse al tratamiento, salvo los casos determinados por ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.
- Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado, no sólo a la correcta práctica en sus técnicas, sino al cumplimiento de sus deberes de información y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.
- Las personas que elaboren o tengan acceso a la información y documentación clínica están obligadas a guardar la reserva debida.

En principio y en líneas generales, la atención psiquiátrica, totalmente incluida dentro del sistema sanitario general del país, está regulada por la legislación anteriormente citada.

Pero entonces, *¿Qué nos hace diferentes? ¿Por qué en la atención psiquiátrica hablamos del uso de medidas restrictivas?*

Justo lo contrario de lo que promulgan claramente las leyes. En general, la ley no hace distinciones entre las diferentes especialidades dentro de la atención sanitaria y, por tanto, el respeto a la autono-

mía, el derecho a decidir libremente y el respeto a la dignidad, son, en principio, de obligado cumplimiento en la atención psiquiátrica. No obstante, si bien en la atención sanitaria general se contempla sistemáticamente el respeto a la autonomía y a la libre elección del paciente, sea cual sea la decisión, en la atención psiquiátrica, se presupone que esta autonomía hay que ponerla en entredicho. De entrada en el propio sistema sanitario tendemos a generalizar y dar por supuesto algo que es particular de cada persona y además puede variar en cada momento evolutivo de su proceso patológico.

■

La ley no hace distinciones entre las diferentes especialidades dentro de la atención sanitaria y por tanto el respeto a la autonomía, el derecho a decidir libremente y el respeto a la dignidad son, en principio, de obligado cumplimiento en la atención psiquiátrica

■

La atención psiquiátrica, es la única prestación sanitaria/asistencial en la que está regulada por ley la hospitalización involuntaria, a través del art. 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil y su homónimo art. 255 del Código de Familia de Cataluña. Se trata de proteger un derecho constitucional del ciudadano, como es el derecho a la salud y, por tanto, a los cuidados para garantizarla, en aquellas personas que niegan su enfermedad y necesidad de atención y tratamiento; y como una protección de las mismas, ya que de no ser así quedarían abandonadas a su suerte, con un importante sufrimien-

to, cuando no riesgo vital para sí mismos o los que les rodean; y todo ello con el correspondiente control y seguimiento judicial de la hospitalización.

¿Qué puede llevar a suprimir tan drásticamente la autonomía y el derecho de la persona a decidir libremente sobre su salud?

Todas las leyes anteriormente citadas, recogen la autonomía y el respeto a la libre elección, excepto en situaciones en las que no se encuentre capacitada para tomar decisiones o por razones de urgencia. Se expresa claramente la relación autonomía-capacidad como un binomio inseparable. Es decir no puede haber autonomía plena y, por tanto, libertad de elección, si la persona en aquel momento no está capacitada para tomar la decisión.

¿Qué entendemos por capacidad?

Desde el punto de vista ético capacidad o competencia mental, se refiere a las aptitudes de la persona para recibir, comprender y retener la información relevante que se le ofrece acerca de su situación clínica y poder tomar una decisión consecuente con la naturaleza de dicha información. Estamos hablando por tanto de la capacidad de entender, valorar, razonar y tomar una decisión consecuente.

Aquí sí que observamos una diferencia en la atención psiquiátrica, de corte cualitativo, en relación al resto de la atención sanitaria. En psiquiatría, en los trastornos mentales graves o no tan graves, pero en momentos evolutivos concretos, la persona no

está en condiciones de tomar una decisión sobre su proceso y, por tanto, estaría justificada la regulación judicial de la hospitalización psiquiátrica involuntaria, tal como lo recoge la propia ley. A pesar de dicha justificación, debemos poner unos límites, para que no se generalice y se aplique sólo en momentos concretos y puntuales y siempre habiendo agotado previamente el uso de medidas terapéuticas menos restrictivas.

■

En psiquiatría, en los trastornos mentales graves o no tan graves, pero en momentos evolutivos concretos, la persona no está en condiciones de tomar una decisión sobre su proceso y, por tanto, estaría justificada la regulación judicial de la hospitalización psiquiátrica involuntaria

■

Así pues, la hospitalización involuntaria sería la primera medida restrictiva excepcional en la atención psiquiátrica ya que supone la privación de la libertad de movimientos de una persona en contra de su voluntad, en un recinto más o menos limitado (unidad de hospitalización o recinto hospitalario).

A partir de aquí nos encontramos con que un paciente ingresado de forma involuntaria, y que como es habitual niega su enfermedad o trastorno mental y, por tanto, su necesidad de recibir tratamiento, o en el mejor de los casos no cree que sea la hospitalización lo más adecuado. También se niega a aceptar otras medidas terapéuticas (tratamientos farmacológicos, observación-aislamiento, restricción de visitas y contacto

con el exterior, etc.). En esta situación el riesgo de auto o hetero-agresividad o el riesgo de ruptura brusca de la hospitalización (fuga), obliga en ocasiones a utilizar otras medidas restrictivas, que se añaden a la de la propia hospitalización involuntaria, para las que no existe ningún tipo de regulación legal. Éstas generan una gran inseguridad y dudas tanto desde el punto de vista ético, como por las posibles repercusiones que de las mismas se pudieran derivar, para el propio paciente y para los profesionales que deben aplicarlas.

En Cataluña, desde el año 2002, disponemos de un documento-guía de recomendaciones en la práctica terapéutica de medidas restrictivas en pacientes psiquiátricos, elaborado por el *Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya* -órgano dependiente del Departament de Salut-. Dicha guía nos ha servido como referencia para desarrollar protocolos que regulan el uso de medidas restrictivas en el curso de la hospitalización, validados en nuestro caso por el Comité de Ética Asistencial, y que deben garantizarle, a pesar de la complejidad y malestar causado por su aplicación, el respeto absoluto a su dignidad y proscribir cualquier atisbo de trato inhumano o degradante para el mismo.

Medidas restrictivas en la hospitalización

Las medidas restrictivas más utilizadas durante la hospitalización psiquiátrica involuntaria son:

1. Sujeción o contención física

Entendida como el uso de procedimientos físicos o mecánicos,

dirigidos a limitar los movimientos de parte o de todo el cuerpo de un paciente a fin de controlar sus actividades físicas y protegerlo de las lesiones que pudiera infligirse a sí mismo o a otros.

Como medida restrictiva más contundente es:

- ✓ una medida excepcional
- ✓ utilizada en el contexto de situación de urgencia
- ✓ deben haberse agotado previamente otras alternativas menos restrictivas
- ✓ de duración tan breve como sea posible
- ✓ siempre debe ser una medida aplicada bajo indicación médica

Sus indicaciones clínico-terapéuticas se referirán únicamente a situaciones tales como:

- a) Estados de agitación psico-motriz y/o comportamientos hetero-agresivos con riesgo para la integridad física.
- b) Conductas autoagresivas con riesgo vital.

Es necesario disponer de un protocolo escrito que recoja:

- ❖ El procedimiento adecuado de todo el proceso de sujeción
- ❖ Controles y monitorización permanente del proceso
- ❖ Registro en historia clínica
- ❖ Información de la medida aplicada al propio paciente y a los familiares o personas de su entorno de convivencia

2. Aislamiento terapéutico

Entendido como la ubicación del paciente en una habitación cerrada, destinada a la separación de su entorno.

Es una medida menos restrictiva que la sujeción y se debe aplicar previamente, a fin de evitar aqué-

lla, y siempre que el estado de la persona lo permita.

Como medida restrictiva que es, requerirá:

- ✓ indicación y revisión médica continua
- ✓ duración del tiempo mínimo estrictamente necesario
- ✓ el espacio físico (habitación generalmente) que debe reunir las condiciones adecuadas para garantizar la seguridad y al mismo tiempo procurar el máximo confort de la persona
- ✓ medidas de acompañamiento y control del personal de enfermería.

La medida terapéutica descrita está indicada en cuadros de importante desorganización conductual o disgregación psíquica, en el que es necesario una reducción temporal de estímulos externos

3. Observación-permanencia en sala de hospitalización

Entendida como la permanencia del paciente en los espacios de la unidad de hospitalización, sin posibilidades de salida de la misma, pero sin restringir el contacto con otras personas de la unidad.

Resulta útil habitualmente durante los primeros días de un ingreso. La indicación de la medida de observación en sala es útil para ofrecer unos límites seguros al paciente pero no muy restringidos, y controlar conductas perturbadoras o de posible riesgo autoagresivo.

4. Tratamiento médico forzado

Entendido como la aplicación de las terapias generalmente farmacológicas, sin contar con la voluntad y aceptación del paciente. Es una medida que se da al

mismo tiempo que alguna de las anteriormente citadas. Además, en determinadas situaciones, el correcto cumplimiento del tratamiento farmacológico permite reducir la duración temporal de las medidas restrictivas de carácter físico-mecánico.

La indicación y dosis de los tratamientos farmacológicos forzados deben ser cuidadosamente valorados por el médico responsable del caso. Igualmente cuando el estado del paciente lo permita habrá que incluir la indicación de fármacos en la negociación con el mismo dentro de su tratamiento global, siendo conveniente mantener unos criterios clínicos claros, pero con flexibilidad y tolerancia.

5. Restricciones de la comunicación con el exterior

En principio el ingreso de un paciente en una unidad de hospitalización psiquiátrica no debe implicar de forma sistemática restricciones de comunicación con el exterior: visitas, llamadas telefónicas, recepción-emisión de correo, etc. En el momento del ingreso es necesario informar de las normas generales de la unidad, no sólo al paciente sino también a sus familiares o núcleo de convivencia habitual. Entre estas normas se incluirán la comunicación con el exterior, y paciente y familia deben respetarlas.

Sin embargo hay situaciones, siempre teniendo en cuenta el estado clínico del paciente, en que puede ser aconsejable limitar bajo indicación terapéutica el contacto con el exterior del paciente, restringiendo temporalmente las visitas que puede recibir, las comu-

nicaciones telefónicas o el envío-recepción de correo, dado que éstas pueden tener repercusiones desfavorables en su estado y evolución, o bien por resultar conveniente la reducción de estímulos. En cuanto al correo, también podrá limitarse en casos en los que se sospeche la introducción de objetos peligrosos, sustancias tóxicas o envío de documentos que puedan perjudicarlo.

En cualquier caso, a pesar de ser medidas menos restrictivas, deben ser evaluadas de forma periódica y con la duración mínima imprescindible.

¿Cómo debemos considerar el uso de medidas restrictivas en la hospitalización psiquiátrica en la actualidad?

La historia reciente de la psiquiatría, al igual que el resto de las ciencias médicas, ha supuesto un considerable avance de las medidas terapéuticas que, en el caso de la atención psiquiátrica junto con un despliegue de recursos asistenciales comunitarios (extrahospitalarios), próximos al paciente y su entorno familiar, le han devuelto unas cotas de libertad y posibilidades de decisión considerables respecto a épocas pasadas no muy lejanas.

Es cierto que todavía hoy, en determinados momentos evolutivos en trastornos mentales graves y no tan graves, en relación a la capacidad o competencia mental de la persona y el riesgo que presente en el momento concreto, tenemos la obligación ética y legal de utilizar todos los medios terapéuticos a nuestro alcance, en beneficio del paciente, y entre ellos el uso de medidas restrictivas en

los términos ya expresados anteriormente.

■
Tenemos la obligación ética y legal de utilizar todos los medios terapéuticos a nuestro alcance, en beneficio del paciente, y entre ellos el uso de medidas restrictivas... pero estamos también obligados a pensar estrategias que reduzcan cuantitativa y cualitativamente el uso de dichas medidas
■

Sin embargo, a pesar de que lo citado se corresponde con la situación real actual, estamos también obligados a pensar estrategias que reduzcan cuantitativamente (número de personas), y cualitativamente (el impacto que causan), el uso de dichas medidas. Como reflexión final citaré las siguientes ideas:

- La indicación y aplicación de medidas restrictivas debe obedecer siempre a la necesidad por la presencia de un peligro propio para la persona o ajeno para otros. Por tanto, la valoración de aplicación de las mismas ha de ser siempre proporcional y congruente con la situación real del momento.

- Valoración exhaustiva y sistemática de la situación del paciente, por parte de todo el equipo interdisciplinar desde el inicio de la hospitalización, que nos permita utilizar medidas preventivas (contención psicológica, ambiental, farmacológica), para evitar al máximo el uso de las medidas restrictivas especialmente las más contundentes (sujeción y aislamiento).

- Si bien es cierto que no suelen

(ni deben) indicarse medidas restrictivas, sobre todo las más contundentes, para paliar un déficit de personal asistencial, también lo es que el disponer de un mayor índice de personal ayudaría no sólo a reducir cuantitativamente el uso de medidas restrictivas, sino a ofrecer durante las mismas una atención más individualizada, un mejor acompañamiento y apoyo emocional, reduciendo además el impacto de la aplicación de las mismas cuando resultan necesarias.

• La disponibilidad de recursos humanos suficientes no servirá de nada si los profesionales de todos los estamentos no están lo suficientemente cualificados y tienen la competencia profesional adecuada. No me refiero a aspectos técnicos de la atención psiquiátrica, que en su mayoría lo están, sino cualificados en habilidades de comunicación, relacionales, de empatía..., en definitiva de comprensión del funcionamiento mental y relacional de una perso-

na con un trastorno mental grave, que ha sufrido una hospitalización forzosa y que requerirá por parte de todo el personal unas respuestas adecuadas a dicha situación. La relación inadecuada por falta de dichas competencias y habilidades provoca sin duda un incremento del uso de medidas restrictivas.

• El respeto a la dignidad personal como valor ético fundamental es una obligación moral de los profesionales e instituciones que nos dedicamos a la atención psiquiátrica; y muy especialmente en la imposición de cualquier tratamiento forzoso, ya que si no se puede evitar el aplicarlo, disminuirémos el impacto emocional que éste puede ocasionar. De no ser así, podríamos incurrir en situaciones de trato inhumano o degradante para la persona.

JOSÉ A. LARRAZ

PSIQUIATRA
DIRECTOR MÉDICO SAGRAT COR,
SERVEIS DE SALUT MENTAL. MARTORELL
MÁSTER EN BIOÉTICA

Bibliografía:

✓ Arechederra, J.J; Ayuso, P.P; Cloza, I. y Vicente, J. *Bioética, Psiquiatría y Derechos Humanos*. Madrid. Internacional Marketing and Communications, 1995.

✓ Barrios Flores, Luis Fernando. *Uso de medios coercitivos en Psiquiatría: retrospectiva y propuesta de regulación*. D.S. Vol 11. Julio-Diciembre 2003.

✓ Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya. *L'ingrés no voluntari i la pràctica terapèutica de mesures restrictives en pacients psiquiàtrics i persones demenciades*. Departament de Sanitat i Seguretat Social. 2002.

✓ Comitè de Ètica Asistencial (Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental). *Protocolos que regulan el uso de medidas restrictivas en el curso de la hospitalización psiquiátrica*. Informaciones Psiquiátricas, nº 175, 1er trimestre 2004.

✓ Larraz Romeo, J.A. *Reflexiones éticas en el proceso de hospitalización psiquiátrica*. Ensayos de Bioética – IBB. Fundación Mapfre Medicina. 2000.

✓ Larraz Romeo, J.A. *Aspectos éticos y médico-legales en psiquiatría*. Ponencia presentada en 1ª Jornada de Bioética y Salud Mental. Hospital San Rafael (Barcelona). Octubre 2006.

III Jornadas sobre Ética, Derecho y Psiquiatría “Adolescencia: conflicto y decisión”

28 y 29 de Febrero (Sant Boi - Barcelona)

El Comité de Ética Asistencial de *Sant Joan de Déu-Serveis de Salut Mental* (Sant Boi-Barcelona), organiza por tercera vez estas jornadas, con ánimo de acercar un poco más el entorno de la salud mental con el ámbito jurídico, desde la reflexión ética.

Los ejes temáticos serán:

- *Menor maduro: el adolescente ante la decisión sanitaria*
- *El adolescente vulnerable y las instituciones en nuestra sociedad: educación y salud / justicia y salud*
- *La ley penal del menor: reflexión jurídica y ética*

Presentación de comunicaciones hasta 31 Noviembre 2007
(más información en icots@sjd-ssm.com)

**SANT JOAN
DE DÉU**
SERVEIS DE SALUT MENTAL

agenda

✓ **Jornada del Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya “Diversidad Cultural y Salud”** organizada por el Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya, Generalitat de Catalunya, Departament de Salut, para el día 12 de Noviembre en Salt, Girona (Sala de actos del Hospital de Santa Caterina. Parc Hospitalari Martí i Julià. Dr. Castany, s/n). Más información: Suport Serveis. Tel. 932017571. Correo-e: secretaria@suportserveis.com

✓ **VI Congreso Nacional de la Asociación Española de Bioética (AEBI)** bajo el lema “*Bioética, Política y Sociedad*” para los días 15 a 17 de Noviembre en Valencia. Información: www.aebioetica.org

✓ **5º Congreso estatal de la FAECAP y 8º Congreso de la AIFICC** Enfermería Familiar y Comunitaria de Cataluña con el lema “*Apasos agigantados hacia nuevos retos*”, que tendrá lugar del 15 al 17 de Noviembre en Barcelona (Palau de Congressos. Av. Maria Cristina s/n). Más información en: Secretaria Tècnica Reunions i Ciència, S.L. Tel. 934108646. Correo-e: enfermeria@reunionsciencia.es y www.reunionsciencia.es

✓ **XVII Symposium nacional de Pediatría Social “Retos en atención primaria y en la escuela”** organizado por el Club de Pediatría Social para los sábados 10 y 17 de Noviembre en Barcelona. Más información: Tel. 93 2007163. www.clubpediatriasocial.org

✓ **VI Congreso Argentino de Derecho Médico y de Salud “Gestión y Prevención del Error y Responsabilidad Legal Médica y Farmacéutica por Prescripción, Información de Efectos Adversos, Dispen-**

sa de Medicamentos y Seguimiento Farmacológico” organizado por la Asociación Argentina de Derecho Farmacéutico (AADEFARM), la Asociación Argentina de Derecho Médico y de Salud (AADEMES), y PREVENPRAX. Servicios Médicos Legales, para los días 20 y 21 de Noviembre en el Aula Magna de la Academia Nacional de Medicina de la Ciudad de Buenos Aires. Más información: www.aadefarm.org

✓ **XVI Congreso Derecho y Salud** organizado por la Asociación Juristas de la Salud para los días 21 a 23 de Noviembre en Vigo. Más información: www.ajs.es

✓ **I Jornada Internacional de la Cátedra UNESCO de Bioética de la Universitat de Barcelona** sobre la Declaración de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, organizada por el Observatorio de Bioética y Derecho para el día 27 de Noviembre en Barcelona. Más información: www.bioeticaidret.cat/unesco y Correo-e: obd@pcb.ub.es

✓ **V Congreso de la Associació Cristianisme al segle XXI** con el tema “*La vida y la muerte. Posibilidades y límites de la intervención humana*” para los días 1 y 2 de Diciembre en Barcelona (Colegio Sant Ignasi-Sarrià). Información: www.cristianismeXXI.org y Correo-e: cristianismexxi@cristianismexxi.org y

✓ **III Jornadas de Ética y Derecho en Psiquiatría “Adolescencia: conflicto y decisión”** organizadas por Sant Joan de Déu Serveis de Salut mental para los días 28 y 29 de Febrero de 2008 en Sant Boi de Llobregat (centre social de Sant Joan de Déu Serveis de Salut Mental). Más información: Tel. 93 6002665. Correo-e: icots@sjd-ssm.com

bioètica & debat

CON LA COLABORACIÓN DE

 FUNDACIÓN
MAPFRE

CAIXA DE CATALUNYA 