GUÍAS DE ÉTICA EN LA PRÁCTICA MÉDICA

Conflictos éticos en Psiquiatría y Psicoterapia

FFOMC
FUNDACION PARA LA FORMACIÓN

FUNDACION DE CIENCIAS DE LA SALUD

Si en la actividad clínica en general los conflictos éticos son muy frecuentes, en la práctica psiquiátrica y psicoterapéutica lo son aún más. Estos conflictos no suelen estar provocados por discrepancias en lo que cabe llamar los "hechos" clínicos sino que tienen que ver con cuestiones de "valor". Vivimos en una sociedad plural, en la que coexisten muchos sistemas de valores distintos, no sólo económicos sino de todo tipo, religiosos, filosóficos, estéticos, políticos, etc. El profesional sanitario necesita tenerlos en cuenta e incluirlos en sus decisiones, si de veras quiere que estas sean correctas y de calidad. Para hacer esto de modo correcto, necesita una cierta formación en la gestión de los valores y de los conflictos de valor, y también algunas habilidades prácticas específicas. Poner en las manos de los profesionales de la Psiquiatría y la Psicoterapia un instrumento que pueda serles de utilidad en orden a la consecución de estos objetivos es la razón de ser de la presente *Guía*.

GUÍAS DE ÉTICA EN LA PRÁCTICA MÉDICA

Conflictos éticos en Psiquiatría y Psicoterapia

Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita de los titulares del copyright, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, electrónico o mecánico, comprendidas la reprografía y el tratamiento informático.

© Fundación de Ciencias de la Salud y
© Los autores: Beatriz Baón, Alfredo Calcedo Barba, Diego Gracia, María Muñoz-Grandes, Blanca Morera, Juan José Rodríguez Sendín, Fernando Santander, José Antonio Seoane, Tirso Ventura

Fundación de Ciencias de la Salud
C/ Doctor Severo Ochoa, 2. Parque Tecnológico de Madrid. 28760 Tres Cantos (Madrid)
Tel.: +34 91 353 01 55. Fax: +34 91 350 54 20
email: info@fcs.es web: www.fcs.es

Edición: Ergon. C/ Arboleda, 1. 28221 Majadahonda (Madrid)

ISBN Obra completa: 978-84-8473-402-4
ISBN Tomo 7: 978-84-16270-11-8

Grupo de trabajo

DIRECTORES

Diego Gracia

Catedrático Emérito de Historia de la Medicina, Universidad Complutense. Presidente del Patronato de la Fundación de Ciencias de la Salud. Miembro de las Reales Academias de Medicina y de Ciencias Morales y Políticas.

Juan José Rodríguez Sendín

Médico Titular. Equipo de Atención Primaria de Noblejas, Toledo.
Presidente del Consejo General de Colegios Médicos de España.

AUTORES

Beatriz Baón

Psiquiatra y especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Máster en Bioética. Técnico de la Subdirección de Calidad. DG Atención al Paciente del Servicio Madrileño de Salud.

Alfredo Calcedo Barba

Profesor Titular de Psiquiatría. Director del Máster en Psiquiatría Legal, Universidad Complutense de Madrid. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

María Muñoz-Grandes

Profesora Asociada de IE University. Psicóloga-Psicoterapeuta. Fundadora y directora de Unoymas, Relational Development.

Blanca Morera

Médico Especialista en Psiquiatría, Magister en Psiquiatría Legal (UCM) y miembro del CEA del Hospital Universitario Donostia.

Fernando Santander

Psiquiatra. Terapeuta de Familia. Hospital de Día, Red de Salud Mental de Álava (Osakidetza-Servicio vasco de salud). Magister en Bioética (UCM). Miembro de los Comités de Ética Asistencial de Salud Mental de Álava y de Comarca Sanitaria Araba. Vitoria-Gasteiz.

José Antonio Seoane

Profesor Titular de Filosofía del Derecho, Universidad de A Coruña. Miembro de la Comisión deontológica y de ética del Colegio Oficial de Médicos de A Coruña.

Tirso Ventura

Psiquiatra, Servicio Aragonés de Salud. Profesor Asociado Universidad de Zaragoza. Magister en Psiquiatría Legal y en Bioética (UCM). Miembro del CEA Sector Zaragoza II.

Índice

I Primera parte

Conceptos generales 1

– *Introducción* 1

– *El método de análisis de casos* 3

1. Los hechos 3
2. Los valores 3
3. Los deberes 4
4. Las normas 5

– *Conflictos éticos en psiquiatría y psicoterapia* 6

II Segunda parte

Lo normal y lo patológico 15

– *Caso 1:* Evaluación de la capacidad mental de una paciente testigo de Jehová 15

– *Caso 2:* ¿A quién hacer caso, al paciente o a sus familiares? 18

– *Caso 3:* El problema de la negativa del enfermo mental a la toma de la medicación 21

– *Caso 4:* Capacidad mental y enfermedad psiquiátrica 24

– *Caso 5:* ¿Hasta dónde llegan las obligaciones del profesional? 27

– *Caso 6:* La difícil frontera entre lo normal y lo patológico 31

– *Caso 7:* Enfermedad mental y actividad laboral 35

– *Caso 8:* Alcoholismo y ejercicio de la medicina 38

– *Caso 9:* Estigma y enfermedad mental: ¿qué debe figurar en un informe de alta? 40

– *Caso 10:* Investigación clínica en Psiquiatría..... 44

III Tercera parte

Tratamiento ambulatorio, tratamiento hospitalario..... 49

– *Caso 11:* El problema del abandono de la medicación 49

– *Caso 12:* Ejercicio médico y pericia judicial..... 53

– *Caso 13:* El problema de los informes médico-legales 55

– *Caso 14:* Hospitalización involuntaria ("Obligar al tratamiento o dejar vivir a su aire") 59

– *Caso 15:* Mecanismos de protección en el enfermo mental ("Equilibrios entre el abandono y la restricción")..... 62

– *Caso 16:* Uso de medidas coercitivas ("La contención: una necesidad terapéutica que se percibe como un suplicio") 65

IV Cuarta parte

Problemas éticos en psicoterapia 69

– *Caso 17:* Limitaciones de los procedimientos, adecuación, complementariedad de los tratamientos..... 69

– *Caso 18:* Límites de la competencia profesional y necesidad de formación continuada..... 72

– *Caso 19:* El peligro de la derivación de los pacientes públicos a la propia consulta privada, aduciendo posibles beneficios terapéuticos..... 75

– *Caso 20:* Integridad, relación terapéutica y respeto de los límites del rol profesional 77

– *Caso 21:* Respeto a la privacidad, confidencialidad y alianza terapéutica 81

– *Caso 22:* Multiculturalidad, sociedad plural y respeto de la diversidad..... 84

– *Caso 23:* Psicoterapia y nuevas tecnologías. 87
– *Caso 24:* Informes clínicos y sus posibles consecuencias 89
– *Caso 25:* Responsabilidad acerca de las consecuencias del tratamiento. 92

V Quinta parte

Pacientes en crisis y mediación en conflictos 97
– *Caso 26:* Paciente psicótico, consumidor habitual y conductor 97
– *Caso 27:* Situación de acoso, agravada por sentido de la responsabilidad 100
– *Caso 28:* Cuidado del cuidador: médico de urgencia politoxicómano. 102
– *Caso 29:* Negativa de auxilio ante paciente agitado 105
– *Caso 30:* Mediación en conflicto familiar. 107

Apéndice legislativo

Legislación 111
– *Legislación estatal*. 111
– *Legislación autonómica*. 113
Jurisprudencia constitucional 117
Deontología. 118

Conceptos generales

INTRODUCCIÓN

El ser humano es una compleja unidad biopsicosocial, en la que siempre están implicadas las tres dimensiones, pero con predominancia de alguna de ellas en unos casos o en otros. De ahí que haya enfermedades predominantemente orgánicas, otras en las que preponderan los síntomas psíquicos, y en otras los factores sociales son más determinantes. La Psicología es la ciencia que se ocupa del estudio de las funciones normales del psiquismo humano, y la Psicopatología la disciplina que explora las funciones que cabe considerar alteradas o patológicas. El tratamiento de estas alteraciones puede efectuarse, a su vez, por tres vías distintas y complementarias: una más orgánica o somática, otra más psíquica y otra con intervención familiar o social. De la primera se ocupa preponderantemente la Psiquiatría y de las otras dos la Psicoterapia en sus diversas modalidades. Ni que decir tiene que ninguno de estos enfoques puede demandar para sí la exclusividad, razón por la cual ambos enfoques terapéuticos coexisten en la práctica y deben verse, más que como rivales, como complementarios.

Si en la actividad clínica en general los conflictos éticos son muy frecuentes, en la práctica psiquiátrica y psicoterapéutica lo son aún más. Estos conflictos no suelen estar provocados por discrepancias en lo que cabe llamar los "hechos" clínicos, sino que tienen que ver con cuestiones de "valor". Vivimos en una sociedad plural, en la que coexisten muchos sistemas de valores distintos, no solo económicos sino de todo tipo, religiosos, filosóficos, estéticos, políticos, etc. El profesional sanitario necesita tenerlos en cuenta e incluirlos en sus decisiones, si de veras quiere que estas sean correctas y de calidad. Para hacer esto de modo correcto, necesita una cierta formación en la gestión de los valores y de los conflictos de valor, y también algunas habilidades prácticas específicas. Poner en las manos de los profesionales de la Psiquiatría y la Psicoterapia un instrumento que pueda serles de utilidad en orden a la consecución de estos objetivos es la razón de ser de la presente *Guía*.

En esta *Guía* procederemos con el mismo método ya utilizado en las seis precedentes, la de *Intimidad, confidencialidad y secreto*, la de *Ética en cuidados paliativos*, la de *Ética de la objeción de conciencia*, la de *Ética de los incentivos a profesionales sanitarios*, la de *Planificación anticipada de la atención médica* y la de *Retos éticos en Atención Primaria*. Partiremos del análisis de casos paradigmáticos, si bien no pretendemos elaborar una colección de recetas para casos conflictivos, de tal modo que el profesional acuda a ella para ver simplemente la solución del caso. Nos parece que eso es poco útil, porque nunca podremos identificar y analizar todos los casos, ni tener en cuenta todas las circunstancias posibles, razón por la cual es probable que el lector no encuentre en esta *Guía* la respuesta a su caso particular.

Por eso, entendemos que lo mejor es aplicar un método o un procedimiento de análisis de conflictos éticos, de tal modo que, a través de la *Guía*, el profesional aprenda a utilizarlo y pueda luego ensayarlo en la resolución de su caso concreto. Por otra parte, la *Guía* no pretende "solucionar" ni dar recetas predeterminadas. Lo que busca es decir a quien la consulte cómo hemos deliberado nosotros sobre los casos. Pero es claro que el lector puede considerar esa deliberación no correcta y hacer la suya propia. En última instancia, el responsable de la decisión es el propio implicado y, por tanto, él es quien tiene la última palabra sobre el caso y su solución. En esto sucede como en las sesiones clínicas: el médico responsable que presenta un caso clínico lo hace para oír las opiniones de sus compañeros, convencido de que ello le permitirá mejorar su propia decisión, pero teniendo claro que la decisión final es responsabilidad suya, y que puede darse el caso de que al final decida algo distinto de lo que se ha dicho en la sesión clínica.

Lo que intentamos, por consiguiente, no es tanto resolver casos cuanto contribuir a la formación del profesional en el manejo de conflictos éticos; en esta *Guía* nos referimos concretamente a los conflictos éticos que se dan con más frecuencia en el campo de la Psiquiatría y la Psicoterapia.

El método de análisis que proponemos es el de la deliberación, tan antiguo como la propia ética. El objetivo de la deliberación es la toma de decisiones prudentes o razonables. No se trata de que todo el mundo adopte la misma decisión ante un caso concreto, sino que todos, tomen la que tomen, lleguen a decisiones prudentes. Se trata de incrementar la prudencia de las decisiones elegidas, aunque estas no coincidan entre sí. El hecho de que las decisiones varíen entre las personas no es problema grave, siempre y cuando todas sean prudentes. La deliberación es un procedimiento que intenta enriquecer el análisis a fin de incrementar la prudencia.

EL MÉTODO DE ANÁLISIS DE CASOS

1. *Los hechos*. La deliberación ha de partir de unos "hechos". En el caso de la sanidad, la base de todo el proceso son unos hechos, bien "clínicos", bien "profesionales". De ahí que la primera parte del método consista siempre en describir y analizar con todo cuidado los hechos del caso, porque los errores en la apreciación de los hechos los arrastraremos necesariamente en todos los pasos ulteriores del análisis. Sin unos hechos bien establecidos y documentados, todo lo demás sobra. Por tanto, es conveniente que el análisis comience siempre aclarando los hechos o datos del caso. Ni que decir tiene que la expresión "hechos clínicos" incluye, no solo los que cabe llamar médicos, sino también los que gestionan los demás profesionales sanitarios, como es el caso de los psicólogos clínicos, el personal de enfermería y los trabajadores sociales.

2. *Los valores*. La deliberación tiene por objeto identificar el curso óptimo ante un conflicto. Cuando no hay conflicto, no es necesario deliberar. La deliberación moral se propone buscar el curso óptimo de solución de un conflicto moral. Y un conflicto moral es siempre y necesariamente un conflicto de valores. El término valor se utiliza aquí por su gran amplitud y su máxima ambigüedad. Llamamos valor a la cualidad que hace importantes las cosas a los seres humanos y que les exige su respeto. Así, la vida, la salud, el amor, la justicia, la paz, la amistad, la belleza, el placer, son valores, como lo son también las creencias religiosas, las tradiciones de las personas, etc. El lenguaje de los valores abarca otros muchos lenguajes con los que estamos familiarizados. Al lenguaje de los valores pueden traducirse otros muy frecuentes en el mundo de la ética, como son el lenguaje de los derechos humanos o, en el caso de la bioética, el lenguaje de los cuatro principios. Todos los derechos humanos son valores. Y los principios, también, aunque no es recomendable reducir todo el juego moral al conflicto entre los cuatro principios de la bioética *No maleficencia, Justicia, Beneficencia, Autonomía*, por su carácter excesivamente simplificador. Los principios son valores, pero no todos los valores son principios. Lo mismo cabe decir de los derechos.
   Si la deliberación tiene por objeto saber cuál es la solución óptima de un conflicto moral, y si el conflicto moral es siempre y necesariamente un conflicto de valores, resulta que un punto fundamental del método de la deliberación es la identificación de los valores en conflicto. Para que haya conflicto, tiene que haber dos o más valores que nos exijan respeto y que se opongan entre sí, o que no sea posible tomar en consideración a la vez. En la toma de decisiones relativas a la salud es frecuente que uno de los valores en conflicto sea la vida, y otro la

decisión del paciente, o la escasez de recursos, o sus creencias religiosas o de cualquier otro tipo, las tradiciones culturales, los usos y costumbres de cada pueblo, etc.

En todo suceso humano, y con más razón en toda historia clínica, hay involucrados muchos valores distintos. Es una buena práctica la de identificar todos los valores que intervienen en una situación concreta o, al menos, los principales. Esto puede hacerse elaborando una tabla o lista de valores, a semejanza de la lista de problemas de la historia clínica por problemas. Es importante distinguir la "tabla de valores" presentes o involucrados en el caso del "conflicto de valores" que vamos a someter a análisis. No hay duda de que los valores son la base de las obligaciones morales. Pero no todos los valores entran en conflicto entre sí, ni tampoco juegan un papel significativo en el conflicto que inquieta o preocupa en ese momento a una persona determinada. De ahí que la tabla de valores tenga por objeto poder identificar luego con facilidad qué valores son los que están en conflicto en un momento determinado, y cuáles no. De ese modo, podremos definir con precisión los valores de que vamos a ocuparnos en el análisis, poniendo los demás entre paréntesis. Si no se procede así, es frecuente que en los procesos de deliberación cada uno hable de un valor distinto, con lo cual es más difícil avanzar en un debate racional y llegar a una conclusión concreta. En esta *Guía* vamos a prescindir de la tabla de valores, ciñéndonos a la identificación del conflicto de valores y a explicitar los valores que entran en conflicto entre sí. Solo de ese modo será posible, después, definir cuáles son nuestros deberes.

3. *Los deberes*. La ética es una disciplina práctica: siempre tiene por objeto hacer, tomar decisiones. Y la cuestión es saber qué decisión debemos tomar, es decir, qué debemos hacer. Lo que debemos hacer es siempre lo mismo, realizar valores positivos o lesionarlos lo menos posible. De ahí que, una vez identificados los valores en conflicto, en un caso concreto tengamos que buscar las salidas que tiene ese conflicto. Esto es lo que técnicamente se denomina "cursos de acción". Hemos de identificar los cursos de acción posibles. Somos muy proclives a reducir los cursos de acción a dos, extremos y antitéticos. Es un error. Ya dijo Aristóteles que la solución más prudente suele estar en el medio. Pero, como los cursos extremos son siempre más claros, es conveniente identificarlos primero (consistirán necesariamente en la opción por cada uno de los valores en conflicto con la lesión completa del otro), para luego ver qué cursos intermedios somos capaces de hallar. Conviene esforzarse por identificar el mayor número

posible de cursos intermedios. Luego habremos de elegir entre ellos el que consideramos óptimo, que será necesariamente aquel que lesione menos los valores en conflicto, y que generalmente combinará y armonizará varios cursos de acción intermedios.

Si los cursos intermedios no resuelven el conflicto, será necesario optar por uno de los cursos extremos. Al extremo no podemos ir directamente, sino solo ante el fracaso de los cursos intermedios. Cualquiera de los dos cursos extremos se caracteriza por lesionar completamente uno de los valores en conflicto. Por eso tales cursos son tan lesivos. Eso hace que su elección tenga que verse siempre como "excepcional". La "regla" es promover la realización de todos los valores presentes en el caso, no lesionarlos, y menos completamente. Como aquí estamos ante la lesión completa de uno de los valores, es claro que nos hallamos ante una "excepción" de la regla. Ni que decir tiene que las excepciones no pueden elegirse más que excepcionalmente, pues en caso contrario, la excepción se transformaría en regla. Además, quien quiera hacer la excepción tiene de su parte la carga de la prueba.

4. *Las normas*. El procedimiento anterior sirve para el análisis y resolución de conflictos éticos. Hasta ahora no hemos apelado en ningún momento a la norma jurídica, al derecho. El objetivo de la ética es la búsqueda de la solución óptima, que es siempre la que lesiona menos los valores en conflicto. Cuando atendemos a un paciente, usuario, familia o comunidad, estamos obligados a buscar la solución mejor, no simplemente una que no sea mala.

   Esto hace que el enfoque ético y el jurídico sean sensiblemente distintos. Aunque el derecho tiene también una función promotora de valores, uno de sus objetivos básicos es evitar conflictos sociales mediante el establecimiento de límites al libre ejercicio de la autonomía, de tal modo que, cuando se traspasan esos límites, se está infringiendo la ley. Son dos perspectivas distintas, aunque sin duda se hallan muy relacionadas entre sí. No en vano la ética y el derecho son los principales sistemas normativos que tiene toda sociedad. Las leyes son siempre plasmación de valores, lo que significa, primero, que tendrá como matriz los valores que compartan los miembros de una sociedad y, segundo que, ateniéndonos a la ley conseguimos, por lo general, promover la realización de los valores que le sirven de fundamento.

   Pues bien, aunque nuestro objetivo es el análisis ético de los problemas, no el jurídico, es claro que al final del proceso debemos contrastar nuestra decisión con la norma jurídica, a fin de asegurar que no traspase o vulnere los límites

establecidos por el derecho. Por ello, la *Guía* incluye un apéndice general en donde se da cuenta de la legislación sobre ese tema. En el caso concreto de la salud mental y su marco legal, la variabilidad de la regulación jurídica puede enriquecer sensiblemente el proceso de deliberación y la identificación de los distintos cursos de acción.

En resumen, el procedimiento de análisis de "casos" (o conflictos éticos) que proponemos consta de los pasos que figuran en la Tabla:

TABLA I. Procedimiento de análisis de conflictos éticos

- Presentación del "caso" objeto de análisis
- Aclaración de los "hechos" propios del caso (tanto datos objetivos como subjetivos)
- Identificación de los "valores" en conflicto en el caso
- Estudio de los "cursos de acción" posibles
- Identificación del (o de los) "curso(s) óptimo(s)"
- Conocimiento del marco "jurídico" de la decisión

CONFLICTOS ÉTICOS EN PSIQUIATRÍA Y PSICOTERAPIA

El espacio de la normalidad es de límites muy imprecisos, pero de cualquier modo resulta obvio que *la normalidad psíquica se pierde al alterarse gravemente cualquiera de los tres vectores de que consta la mente, el cognitivo, el emocional y el volitivo o cuando se rompe el equilibrio entre ellos.* Si la alteración se mantiene durante un tiempo mayor del considerado razonable o normal, decimos que existe una enfermedad.

De analizar y estudiar las variaciones consideradas anormales del psiquismo humano se ocupa una disciplina llamada Psicopatología. Así como la Psicología estudia la estructura y dinámica del psiquismo que cabe considerar normal, la Psicopatología analiza sus variaciones anormales o patológicas. De igual modo que la Fisiología se ocupa del estudio de las funciones de los diferentes órganos, aparatos y sistemas del cuerpo humano, y la Fisiopatología de sus alteraciones patológicas, la Psicología analiza el funcionamiento normal del psiquismo, y la Psicopatología sus desviaciones anómalas. En consecuencia, la Psicopatología es el estudio de las funciones alteradas o anómalas del psiquismo humano. Las estudia y las describe. Eso le permite identificar "síntomas" aislados y complejos sintomáticos, es decir, conjunto de síntomas que se dan siempre juntos o que forman una estructura unitaria, denominados "síndromes". En los tratados clásicos de Psiquiatría, la Psi-

copatología no pasaba del "síndrome" a la "especie morbosa" o "enfermedad", dado que esta se define por la "causa", y la psicopatología no se ocupa de las causas, que en Psiquiatría, ya desde la antigüedad, desde la época de Galeno y, sobre todo, en el mundo moderno, desde que Griesinger afirmara que "las enfermedades mentales son enfermedades del cerebro", se considera que son somáticas. De ahí que, en los tratados de Psiquiatría, la Psicopatología se limite a la exploración semiológica de las funciones del psiquismo. Eso es lo que se conoce con el nombre de "exploración psicopatológica".

El enfoque descrito es el propio de la Psiquiatría clásica, que no en vano es una parte de la medicina, y que intenta entender y tratar las enfermedades mentales con las categorías de las enfermedades somáticas. Pero es obvio que la "causa" de los trastornos psicopatológicos puede no ser orgánica sino psíquica. De aquí surge un segundo sentido del término Psicopatología, más amplio que el anterior. Ahora la psicopatología no se identifica con la semiología psicopatológica o semiología psiquiátrica, sino que indaga también las causas psíquicas de los trastornos psicopatológicos; por tanto, se ocupa también de hacer "diagnósticos etiológicos". Y si la causa es psicógena, lógicamente lo ha de ser también el tratamiento. De ahí que la psicopatología entendida en sentido amplio, desemboque en la psicoterapia, es decir, en la terapéutica psicológica.

Existen, por tanto, dos enfoques distintos de los trastornos mentales. De una parte, el propio de quienes consideran que la etiología de muchos de esos trastornos es orgánica, y que por ello mismo su tratamiento ha de serlo también, preferentemente psicofarmacológico. Este es el enfoque más típico de la Psiquiatría. Y de otra parte, quienes consideran que la etiología de una parte muy considerable de los trastornos mentales es psicógena, y que su tratamiento ha de ser psicoterápico. Este es el enfoque que promovió, sobre todo, Freud. Ya en vida de este se planteó el tema de si los psicopatólogos y psicoterapeutas tenían que ser o no médicos. Y la respuesta a que se llegó es que no resultaba necesario. En la actualidad, el primer enfoque es el predominante entre los médicos y, concretamente, entre los especialistas en Psiquiatría, y el segundo el más usual entre los psicólogos con formación clínica y psicoterápica, aunque existen todo tipo de posturas intermedias de hecho, hoy en día se tiende a pensar que la mayoría de los trastornos mentales tienen un componente etiológico multifactorial biológico, intrapsíquico, relacional, social y ambiental.

Analizado desde el punto de vista filosófico, el problema de si la etiología de los trastornos mentales es orgánica o psicógena pierde buena parte de su carácter dilemático. David Hume llamó la atención, ya en el siglo XVIII, sobre la imposibilidad

de aplicar el concepto de causa a los fenómenos empíricos. De lo único que cabe hablar es de relaciones funcionales, y en tal sentido no hay duda de que juegan un importante papel ambos factores, el orgánico y el psíquico que, además, se hallan funcionalmente relacionados entre sí. Lo cierto es que ambos factores influyen, y que entre ellos se da una relación funcional del tipo de la que Viktor von Weizsäcker describió como el problema de la "puerta giratoria".

La división entre los citados dos enfoques o abordajes se ha hecho más evidente a partir del año 1980, cuando entró en funcionamiento el DSM-III, en el que, una vez pasada la fiebre de la anti-psiquiatría, se decidió abandonar el enfoque psicodinámico y psicoanalítico a favor de una nosología basada en evidencias empíricas. Lo que se buscaba no eran tanto diagnósticos, cuanto términos precisos y empíricamente identificables que permitieran unificar las clasificaciones de enfermedades mentales que hasta entonces existían, y permitir el desarrollo de la epidemiología y la estadística psiquiátricas. Spitzer, el líder de la reforma, expresó con claridad el nuevo enfoque al afirmar que "los trastornos mentales son un subgrupo de los trastornos médicos". Es evidente que los factores orgánicos son más relevantes en las enfermedades mentales más graves, las llamadas psicosis, y que los factores psicógenos tienen una importancia mayor en las enfermedades menos graves, o en los hoy llamados "trastornos mentales comunes". Pues bien, un síntoma claro del divorcio entre los dos enfoques descritos, es la desaparición del término neurosis del DSM, tras la polémica que tuvo lugar con ocasión de la puesta a punto del DSM-III. El grupo de trabajo del DSM consideraba que ese concepto, tan nuclear en la teoría psicoanalítica, era en exceso vago y poco científico. Esto hizo que el DSM-III estuviera a punto de ser rechazado por el Comité de Dirección de la APA, lo que llevó a que, al final, el término fuera reintroducido en algunos casos, entre paréntesis, tras la palabra *disorder*. En 2005, el entonces presidente de la AMA, Steven Sharfstein, aceptó que los psiquiatras habían "permitido que el modelo biopsicosocial se transformara en modelo bio-bio-bio." El DSM-IV-TR ha sustituido el término neurosis por otros trastornos específicos, como los desórdenes ansiosos, los desórdenes disociativos, los desórdenes del ánimo y los desórdenes somatomorfos. La eliminación de la categoría de "neurosis" la han justificado los editores por la necesidad de ofrecer descripciones de conducta opuestas a los mecanismos psicológicos recónditos que se venían utilizando como criterios diagnósticos. En su quinta versión (DSM-V), aparecida en mayo de 2013, se acepta sin reservas el término "psicosis", pero no el de "neurosis".

El DSM es un sistema nosotáxico, que paulatinamente se ha convertido en nosográfico y ha acabado desplazando los sistemas anteriores. Previamente a él

han existido otros dos: el francés que, iniciado a comienzos del siglo XIX, con Pinel y Esquirol, duró hasta la aparición del manual de Kraepelin (1883). Su enfoque fue prioritariamente médico-legal, lo que hizo que la Psiquiatría se viera como una importante contribución a la administración de justicia, sobre todo, penal. Con Kraepelin comenzó el dominio de un segundo sistema nosográfico y nosológico, preponderantemente clínico. Su objetivo era el establecimiento de diagnósticos precisos, definidos de acuerdo con la etiología orgánica. Esto permitió clasificar con toda precisión las denominadas psicosis exógenas, y llevó a la identificación de las llamadas psicosis endógenas, esquizofrenia (originalmente denominada demencia precoz) y psicosis maníaco-depresiva (hoy día rebautizada como trastorno bipolar), de causa desconocida, pero de las que se postulaba claramente su origen orgánico. Finalmente, estaba el campo, menos preciso, de las neurosis. Este fue el espacio que intentó aclarar Freud, determinando las causas psicógenas de tales procesos. Poco después, Jaspers dio un criterio de demarcación preciso entre psicosis y neurosis, apelando al fenómeno de la "comprensibilidad" (neurosis) o no (psicosis) de los procesos. Finalmente, a partir de 1953 y, sobre todo, de 1980, comenzó el imperio de un tercer sistema nosotáxico y nosológico, este de procedencia no francesa ni germánica, sino americana: el DSM. Su objetivo primario comenzó siendo nosotáxico, conseguir una clasificación unitaria y universal de las enfermedades mentales, que permitiera la adopción de un lenguaje común en todo el mundo e hiciera posible, de ese modo, el progreso de la investigación psiquiátrica. Eso permitió, al menos en teoría, el desarrollo de estudios en los que se pudieran determinar mediante evidencias o pruebas objetivas las características propias de los distintos trastornos mentales. De ese modo, el DSM fue poco a poco rechazando todas aquellas denominaciones que, a su entender, no estuvieran respaldadas con pruebas objetivas. Tales fueron todas las explicaciones psicodinámicas y psicoanalíticas, y eso es lo que llevó, finalmente, a rechazar también el término "neurosis". La neurosis se definía como un conflicto psicógeno. Como esto les pareció poco preciso, al menos cuando se intentaba hacerlo pasar por etiología, decidieron abandonar el nombre de "enfermedades" o "especies morbosas" y hablar de "trastornos" (*disorders*). Término tan ambiguo y poco definido llevó a que casi todo pudiera ser considerado un desorden, algo que ha sido objeto de numerosas críticas tras la aparición del DSM-V a mediados del año 2013. Prácticamente todos los seres humanos podríamos estar en alguna de las entidades establecidas por el DSM-V, como resultado de lo cual se tiene el peligro de fomentar una amplísima "medicalización" de la vida de las personas. También se le achaca que ciertas entidades nosológicas parecen construidas a la medida de algunos de los fármacos existentes y, por tanto, al gusto de

la industria farmacéutica. Tal es el caso de los trastornos de pánico y de ansiedad y el fármaco alprazolam. Todo parece poder convertirse en un trastorno psiquiátrico, y todo puede también recibir un adecuado tratamiento farmacológico.

Esto plantea ya importantes problemas éticos. La definición o clasificación de algo como anormal o patológico tiene importantísimas consecuencias en la vida de las personas y, por tanto, exige un análisis atento y cuidadoso. ¿Cómo definir la enfermedad mental? ¿Hay que utilizar criterios estrictamente biológicos (una alteración somática en cualquiera de sus niveles, desde el genético hasta el morfofuncional), o es necesario tener también en cuenta los factores psicológicos y sociales? Y, si se acepta esto último, ¿cómo integrarlos de modo que la definición que resulte no sea una mera suma de factores (algo que sucede en el enfoque bio-psico-social), sino algo dotado de estructura interna? Parece que hay enfermedades en las que predomina más el factor biológico, y otras en las que, por el contrario, los elementos psíquicos y sociales cobran una mayor relevancia. Eso es lo que llevó a la clásica distinción entre neurosis y psicosis. Estas últimas serían aquellas alteraciones psiquiátricas de causa básicamente orgánica o somática, en tanto que, en las neurosis, predominarían los factores psico-sociales.

Pero esa distinción no resuelve el problema de fondo: el de qué debe entenderse por enfermedad, y más en concreto, por enfermedad mental. Sorprendentemente, esto es algo a lo que pueden ayudar la filosofía y la ética. Porque si esta tiene por objeto la promoción de la autonomía y la responsabilidad en los seres humanos, podrá considerarse patológico todo aquello que impida o dificulte la realización de proyectos autónomos y responsables por parte del ser humano. Es obvio que esos impedimentos pueden ser externos (por ejemplo, geográficos, económicos, relacionales, sociales, etc.) o internos (genéticos, constitucionales, psicológicos, etc.). Pues bien, llamamos enfermedades a todos los trastornos internos que impiden o dificultan la realización de proyectos por parte de los seres humanos. Y, como la capacidad de realizar autónomamente proyectos es lo que denominamos libertad, podemos concluir, con Henri Ey, que enfermedad es aquello que disminuye o anula internamente la libertad de los individuos.

De lo anterior se deduce que el concepto de enfermedad no está construido solo por "hechos", como ha venido afirmando insistentemente la medicina académica, sino que en él intervienen también "valores" y que, en última instancia, son "construcciones" que llevan a cabo los seres humanos y que, a través de sus decisiones se objetivan, entrando a formar parte del depósito cultural de una sociedad. Los conceptos de salud y enfermedad están construidos, y se objetivan a través de las decisiones de los individuos de cada sociedad. Todos partimos de esos

conceptos culturalmente objetivados, y con nuestras decisiones los reforzamos, modificamos, transformamos, etc. De ahí que sean conceptos dinámicos. Yo no tengo la misma idea de enfermedad que mis antepasados, ni tampoco mis hijos tienen la misma que yo. Y, precisamente porque se trata de conceptos construidos, es preciso manejarlos de acuerdo con la lógica propia de estos procesos racionales, que es la "prudencia". Precisamente porque no se trata de conceptos de perfiles nítidos y precisos, tienen zonas borrosas que es preciso manejar con "prudencia". Se puede ampliar el concepto de enfermedad, hasta convertir las sociedades en completamente enfermas. Es lo que Jules Romain quiso representar en su famoso *Dr. Knock o el triunfo de la medicina*.

La alteración de la capacidad de elaborar proyectos y llevarlos a cabo se expresa bajo forma de síntomas, bien somáticos, bien comportamentales, que producen sufrimiento al propio individuo y, correlativamente también, a su entorno. Y, como las acciones humanas proyectadas son, por definición, acciones morales (no tiene sentido hablar de moralidad a propósito de acciones humanas no proyectadas, como pueden ser los actos reflejos, automáticos, etc.), resulta que la enfermedad mental es un asunto moral por sí misma. Así, por ejemplo, las alteraciones que afectan al vector cognitivo (sensopercepción, ideación, memoria), plantean el grave problema de los trastornos en la capacidad de procesar información (alteraciones cognitivas, problemas de información y consentimiento en amentes, dementes, personas que sufren delirios o alucinaciones, etc.). El vector emocional es obvio que también puede alterarse, modificando en mayor o menor medida la capacidad de evaluar o valorar las situaciones y, por tanto, de hacer proyectos autónomos y responsables. Es, por ejemplo, el caso de las depresiones graves, o de las fases maníacas y depresivas en un trastorno bipolar. Finalmente, está el vector conativo u operativo, lo que clásicamente se ha denominado voluntad, que también puede alterarse en medida mayor o menor. Dos ejemplos característicos de esto lo constituyen los trastornos obsesivo-compulsivos y muchos de los llamados trastornos de la personalidad.

Todos los problemas éticos anteriores están relacionados con lo que, de modo más amplio del usual, cabe llamar el diagnóstico clínico. Pero están también los relativos al tratamiento. A pesar de los enormes avances de la psicofarmacología, los fármacos que se utilizan en Psiquiatría son, por lo general, muy inespecíficos. Y ello en dos sentidos. Primero, porque se utilizan en patologías muy distintas. Y, segundo, porque producen muchos efectos indeseados, que a veces pueden resultar peores que los que se pretenden evitar. De ahí la necesidad de manejar el arsenal farmacológico con prudencia, evitando dos efectos adversos cada vez más frecuentes: la llamada medicalización, es decir, el tratar farmacológicamente

cualquier trastorno que produzca en el ser humano molestia, dificultad o disforia; y la iatrogenia, la producción de enfermedades o efectos patológicos como consecuencia de la utilización de remedios pretendidamente terapéuticos.

Junto a los tratamientos farmacológicos, están los psicoterápicos. Y aquí también se acumulan problemas éticos de enorme importancia. De hecho, desde los propios comienzos de la psicoterapia, el tema de la ética ha sido siempre objeto de debate, como lo demuestra la amplísima literatura sobre "ética y psicoterapia", "ética y psicoanálisis", etc. Ello se debe a que la psicoterapia exige entrar en lo más recóndito de la vida de las personas, es decir, en su mundo de valores, con el peligro de que eso pueda utilizarlo el terapeuta para manipular los valores del paciente, o para inculcarle los suyos propios, etc. Esa es la razón de que Freud impusiera la regla de la "neutralidad" como principio básico. Cuando se traspasa ese límite, el terapeuta debe considerar que, no solo ha incumplido una norma técnica, sino también una regla moral. Este es el principio canónico que ha regido las relaciones entre ética y psicoterapia. A pesar de lo cual, ya entre los primeros discípulos de Freud, como fue el caso de uno de los más agudos, Sandor Ferenczi, surgieron críticas a este principio, no solo porque la completa neutralidad es puramente ideal y resulta imposible, sino también porque la implicación emocional del terapeuta con el paciente permite, al menos en ocasiones, mayores y más rápidos éxitos terapéuticos, que en principio es de lo que se trata. A día de hoy podemos considerar que la neutralidad (entendida no como pretensión de que el terapeuta no sea portador de un mundo propio de valores y creencias, sino como aspiración a hacer un uso cuidadoso, moderado y consciente, de la influencia que inevitablemente le concede su rol de psicoterapeuta, siempre centrado en la relación de ayuda que es la base del contrato terapéutico), sigue siendo una aspiración ética fundamental que debe guiar la praxis de los psicoterapeutas.

Hay un último capítulo de enorme importancia. Junto a los problemas éticos del diagnóstico psiquiátrico y de los diferentes tipos de tratamiento, está el de la asistencia psiquiátrica. Aquí cobran relevancia las cuestiones relacionadas con el internamiento psiquiátrico, tanto voluntario como forzado, el llamado tratamiento ambulatorio involuntario, etc.

Ante tan amplio panorama, es obvio que esta *Guía* no podía aspirar a la exhaustividad sino solo a seleccionar algunos problemas, aquellos que los miembros del equipo que la han compuesto han considerado más relevantes, a fin de someterlos a un procedimiento estándar de análisis que lleve a proponer para ellos una solución razonable, prudente o responsable. Este es el origen de los 30 casos que se describen a continuación. Están agrupados en cuatro secciones, una sobre

el primero de los problemas a que hemos aludido en esta introducción, el de la difícil divisoria entre lo normal y lo patológico, que incluye también la evaluación de la capacidad mental de los pacientes. Le sigue una sección sobre los problemas éticos del tratamiento psiquiátrico, ya sea hospitalario, ya ambulatorio. La siguiente sección está dedicada al análisis de algunos de los más importantes y frecuentes problemas éticos en psicoterapia. Y, finalmente, se dedica otra sección a asunto tan resbaladizo como el de las crisis de las personas y la capacidad de los profesionales para mediar en esos conflictos, evitando que lleguen a mayores. Esta última parte es de singular importancia, porque tales problemas no atañen solo al profesional de la Psiquiatría, sino sobre todo al médico de Asistencia Primaria, que debe intervenir y evitar, si ello resulta posible, el que el problema alcance dimensiones que exijan la intervención de un especialista.

Los treinta problemas que se analizan en esta *Guía* no son todos, ni en muchos casos tampoco los más importantes. Para el profesional que se encuentra ante un problema, el suyo es, sin duda, el más importante. Y es muy probable que no se encuentre reflejado en ninguna de las historias que componen esta *Guía*. El asunto, con ser importante, no debe verse como grave, porque el objetivo último de esta *Guía*, como de todas las que la han precedido, no es tanto la resolución de casos concretos cuanto la educación de los profesionales en un método de análisis de los conflictos éticos y de resolución de problemas. Lo que desearíamos es que el profesional aprendiera, a través de estos treinta ejemplos, a utilizar una metodología que él pueda luego aplicar a los casos que la práctica clínica le plantee. Si sabe manejarlo bien, estos casos le resultarán superfluos. Y, si no aprende el método, entonces acabarán, probablemente, resultándole inútiles.

Lo normal y lo patológico

CASO 1

Evaluación de la capacidad mental en una paciente testigo de Jehová

Pilar tiene 48 años y acude a urgencias del hospital traída por una hija por presentar tres incisiones en abdomen efectuadas con un cuchillo de cocina, realizadas con fines autolíticos. Los cirujanos deciden intervenir urgentemente para exploración y hemostasia de posibles hemorragias intraabdominales. Cuando los anestesistas le presentan el consentimiento informado para la intervención quirúrgica, la paciente se niega a firmarlo alegando que es testigo de Jehová y que no quiere recibir ninguna trasfusión de sangre. La hija confirma esta información diciendo que su madre profesa dicha religión desde los 20 años y que, durante todo ese tiempo, ha manifestado y mantenido su negativa a recibir transfusiones, habiéndolo recogido en un documento de instrucciones previas.

La paciente está en tratamiento psiquiátrico desde hace 10 años por padecer un trastorno depresivo recurrente y desde hace dos meses se halla en tratamiento con paroxetina, lorazepam y risperidona por tener una recaída depresiva, presentando insomnio global, apetito disminuido con pérdida de peso de 6 kilos en dos meses, estado de ánimo deprimido con intensa angustia e ideación delirante paranoide, lo que ha motivado su intento autolítico.

Ante la negativa de esta a firmar el CI por rechazo de la posible trasfusión de sangre, el cirujano consulta al psiquiatra para que determine su capacidad para tomar decisiones sanitarias.

¿Cuál debería ser la actuación médica correcta en este caso? ¿Debe el cirujano considerar a la paciente, sin más, incapaz para tomar decisiones y actuar en contra de su voluntad, o está obligado a buscar una salida menos lesiva de la voluntad de la paciente? ¿Cuál?

Valores en conflicto

- El valor vida, que puede estar en riesgo si la paciente precisa una trasfusión de sangre.
- El respeto a la decisión de una paciente mayor de edad, en principio autónoma, motivada por un valor religioso.

Cursos extremos de acción

En general, se plantean como extremos los cursos que optan por uno solo de los valores, lesionando habitualmente el que se encuentra enfrentado a él.

- Realizar la intervención quirúrgica y, si es pereciso para salvar la vida de la paciente, trasfundirle sangre.
- Respetar la decisión de la paciente de no recibir una trasfusión y decirle que firme el alta voluntaria y se vaya del hospital sin recibir tratamiento alguno.

Cursos intermedios de acción

- Asegurarse de la necesidad de la trasfusión y, si es posible, seguir pautas alternativas de tratamiento.
- Realizar la intervención quirúrgica y si la situación orgánica requiriera trasfusión de sangre para salvar la vida de la paciente, hacerlo sin informar a la paciente ni a la familia.
- Remitir el caso al Juzgado de Guardia para que indique la actuación médica a seguir.
- Asegurarse en entrevista personal con la paciente de la autenticidad y la voluntariedad de la decisión de rechazar la trasfusión de sangre.
- Informar a la paciente de las consecuencias negativas para su vida que pueden derivarse de la negativa al tratamiento de trasfusión de sangre, así como de los beneficios de aceptarlo, sin imposición pero con ánimo de convencer.
- Hablar con los familiares (la hija) para que convenza a su madre de que debe firmar el consentimiento para la trasfusión de sangre, caso de que sea necesaria para salvarle la vida.
- Evaluar y cerciorarse de que los motivos de rechazo de trasfusión no estén motivados por el deseo de morirse, ya que se trata de una paciente que acaba de realizar un intento autolítico.
- Pedir una interconsulta a Psiquiatría para valorar la capacidad mental de la paciente para rechazar el tratamiento de trasfusión de sangre.
- Realizar la intervención quirúrgica empleando, si fuera preciso por la situación hemodinámica de riesgo para la vida, solo fluidos o expansores de plasma, pero sin emplear sangre.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

- El curso óptimo resultará de la combinación de varios cursos intermedios.
- En primer lugar, dado que la paciente ingresa por un intento autolítico, habrá que asegurarse de que el rechazo a firmar el consentimiento informado a la trasfusión de sangre está motivado por sus valores religiosos y no por su deseo de morir. Hay que consultar en la historia clínica si tiene instrucciones previas en este sentido, y confirmar con la familia la existencia de estos valores religiosos previos a su enfermedad mental.
- En segundo lugar, es preciso valorar si la capacidad mental de esta paciente es proporcional o adecuada al riesgo que asume, que en este caso es vital. Habrá que explorar si la decisión de no recibir sangre es anterior al inicio de la enfermedad mental y no está relacionada con su estado depresivo con síntomas psicóticos. A la paciente se le podría ingresar en contra de su voluntad en Psiquiatría si hay riesgo autolítico por tener un diagnóstico de depresión mayor con ideas delirantes, pero no transfundir sangre, si era una decisión que tomó con capacidad mental para ello, y que ahora confirma.
- Si el resultado de la evaluación de la capacidad es positivo, el curso óptimo debería ser el respetar la voluntad de la paciente, realizando la intervención quirúrgica sin emplear trasfusión de sangre y, posteriormente, instaurar el tratamiento psiquiátrico necesario.

Recomendaciones

- Aunque ya no es muy frecuente, no debería emplearse el recurso de enviar el caso al Juez, ya que los profesionales sanitarios están obligados al cumplimiento de la ley, que en este caso es respetar la decisión de no trasfusión de sangre. Asimismo, se deben emplear todos los medios terapéuticos alternativos disponibles.
- Los Testigos de Jehová suelen aceptar todo tipo de tratamientos, excepto la trasfusión de sangre. La paciente aceptaba el tratamiento psiquiátrico que fuera necesario, incluso su ingreso en la Unidad de Agudos de Psiquiatría.
- En la valoración de la capacidad mental para rechazar un tratamiento se debe de partir del principio de que debe estar en relación con un tratamiento concreto (en este caso, trasfusión de sangre). El psiquiatra debe demostrar la incapacidad mental y evaluar si el paciente, en el momento de tomar la decisión concreta, tiene un trastorno mental que le impida expresar una elección, comprender, apreciar y razonar la información sobre el tratamiento específico propuesto, los riesgos de rechazarlo y las alternativas al mismo. En este caso, la paciente

había tomado la decisión de rechazar la trasfusión de sangre con capacidad mental para ello.

- El cirujano llegó al acuerdo con la paciente de respetar su voluntad. En base a una relación clínica de confianza, la paciente firmó el consentimiento informado donde se expresaba por escrito su rechazo a trasfusión de sangre. Se realizó la intervención quirúrgica con carácter urgente y sin trasfusión de sangre, y al día siguiente la paciente aceptó el tratamiento psiquiátrico necesario.

CASO 2

¿A quién hacer caso, al paciente o a sus familiares?

En el Servicio de Psicosomática y Psiquiatría de Enlace de un Hospital General se recibe la siguiente solicitud de interconsulta urgente:

Paciente de 83 años con antecedentes de accidentes cerebro-vasculares hace 4 y 2 años, en la actualidad ingresado en el servicio de Nefrología por insuficiencia renal. Presenta gangrena en pie derecho por diabetes mellitus. No tiene antecedentes psiquiátricos previos. El cirujano vascular ha propuesto intervención quirúrgica con amputación de dos dedos del pie derecho, que el paciente acepta, pero a la que se niegan el hijo y la nuera.

Examen mental: el paciente esta alerta, con parcial desorientación témporo-espacial. Lenguaje normal. Colaborador. Duerme bien. Apetito conservado. Dice estar bien de ánimo, aunque preocupado por su esposa, que tiene una demencia avanzada. El paciente se queja de pérdida de memoria que afecta parcialmente a sus actividades de vida diaria. No sale de casa solo, porque se perdió en una ocasión hace 4 meses. En el MEC puntúa 21/30, fallando en orientación, memoria, concentración y cálculo. El paciente manifiesta: "por mí que me operen ya", pero no aprecia de manera adecuada su estado actual. Refiere buena relación con su hijo y su nuera, que viven en un piso contiguo al suyo, ocupándose del cuidado del paciente y de su esposa, para lo que han contratado a una cuidadora.

En la entrevista con el hijo, este manifiesta la experiencia de que a la madre de su esposa le tuvieron que amputar una de las extremidades inferiores después de tres intervenciones quirúrgicas, falleciendo al poco tiempo, por lo que no quiere sufrir este calvario con su padre.

¿Debe el profesional atender a *la petición del paciente o a la decisión de sus familiares?*

Valores en conflicto

- Por un lado el valor vida, que puede estar en riesgo si el paciente precisa una amputación urgente. De este lado está también la decisión autónoma del propio paciente.
- Enfrente está el valor de "no hacer sufrir al paciente" tal como lo entiende la familia en un paciente con demencia leve.

Cursos extremos de acción

- Realizar la intervención quirúrgica de amputación para salvar la vida del paciente.
- Respetar la decisión de la familia de no amputación y dar el alta al paciente.

Cursos intermedios de acción

- Hacer una valoración integral del estado del paciente:
  - Pluripatología orgánica, valorando diagnósticos, gravedad, pronósticos y tratamientos.
  - Evaluación del grado de demencia y su afectación en la capacidad mental para aceptar el tratamiento propuesto.
  - Evaluación de existencia de problemática familiar, económica y apoyo social.
- Entrevistar a la familia para valorar si hay un deseo genuino de proteger al paciente. Entrevistar por separado al hijo y a la nuera del paciente. Si es posible, entrevistar también a la cuidadora habitual.
- Hablar con el cirujano vascular para valorar la necesidad de amputación urgente, y si resulta posible no realizar la intervención quirúrgica y seguir tratamiento ambulatorio.
- Contactar con el Centro de Salud (médico de familia y trabajador social) para obtener más datos de la situación del paciente y de su esposa.
- Comprobar si hay una incapacitación legal del paciente y, si la hay, quién es el tutor. Si no la hay, valorar la pertinencia de iniciar trámites de incapacitación.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

- El curso intermedio, si la amputación no es una necesidad urgente, sería seguir un control con cuidados que fuesen necesarios. Esto nos permitiría ganar tiempo para realizar el resto de cursos intermedios.
- El paciente tenía una demencia leve subyacente, con un síndrome confusional sobreañadido debido a su patología orgánica actual. Este trastorno mental orgánico le incapacitaba para comprender, apreciar y razonar de manera adecuada

los riesgos y beneficios del tratamiento quirúrgico. Basado en estos datos, el psiquiatra determinó que el paciente no tenía capacidad para decidir sobre el tratamiento propuesto de amputación.

- Caso de optar por el tratamiento ambulatorio, el médico de familia y la trabajadora social deberán realizar un seguimiento adecuado, para comprobar que existe un buen cuidado del paciente y de su esposa, ambos con demencia, leve en un caso y grave en el otro.
- Hay que asegurarse de que el hijo y su nuera desean de manera genuina el beneficio del paciente, entrevistando si fuese necesario a otros familiares y a la cuidadora habitual.
- Si el cuidado familiar es bueno, valorar con la familia los riesgos y beneficios de la indicación de tratamiento quirúrgico, así como el pronóstico y sus alternativas, haciéndoles ver que no tiene por qué evolucionar de igual manera que en el caso de la madre de la nuera.
- Resulta prudente iniciar actuaciones para proteger al paciente y a su esposa, entre las que podría estar la incapacitación del paciente, porque la evolución del deterioro cognitivo va a empeorar, y de esta forma los respresentantes podrán actuar en beneficio del paciente.

Recomendaciones

- En la evaluación de la capacidad mental hay que valorar el riesgo/beneficio de las consecuencias de la decisión a tomar en las circunstancias concretas del paciente, y emplear si procede una escala de capacidad. Cada situación requiere un nivel determinado en las habilidades del paciente. La gravedad de la enfermedad y la complejidad de los tratamientos se deben tener en cuenta y pueden implicar una mayor demanda de habilidades (compresión, apreciación, razonamiento y expresión de una elección).
- Uno de los principios de la evaluación de la capacidad mental es que, cuando se concluye que un paciente es incapaz de tomar una decisión determinada, hay que actuar en el mejor interés del paciente, empleando la medida más beneficiosa y menos restrictiva para sus derechos.
- En casos en que los familiares toman una decisión aparentemente en contra del paciente incapaz, hay que valorar cuál es el mejor interés de este, que no siempre coincide con lo que opinan los familiares o los médicos. Para ello a veces resulta necesario hacer una valoración integral (biopsicosocial) del paciente y una deliberación prudente de sus circunstancias y de las consecuencias de la decisión a tomar.

Habitualmente son los familiares los que toman las decisiones de sustitución, aunque nunca debería ser en perjuicio del paciente, e idealmente ha de ser en un consenso dialogado con el resto de los protagonistas, incluido el propio paciente.

- Si no se llega a acuerdos entre los familiares y los profesionales sanitarios y sociales, puede estar indicada una intervención de mediación del Comité de Ética Asistencial (CEA), o judicial en caso extremo.

CASO 3

El problema de la negativa del enfermo mental a la toma de la medicación

Mariano tiene 78 años, enviudó hace dos años y desde entonces vive en una residencia de ancianos. Tiene antecedentes de tratamiento ambulatorio por trastornos depresivos y rasgos obsesivos de personalidad. Desde hace un año ha sido diagnosticado de demencia leve tipo Alzheimer. En los últimos dos meses ha presentado graves trastornos de conducta, con ideas delirantes de perjuicio y envenenamiento, con enfrentamientos verbales y amenazas. En ocasiones ha llegado a la agresión física, empujando a los cuidadores y dando un puñetazo al compañero de la habitación contigua a la suya. El médico ha prescrito tratamiento antidepresivo y neuroléptico, pero Mariano rechaza tomar la medicación, alegando que ahora no la necesita, que duerme bien, tiene buen apetito y está bien de ánimo. Según dice, lo que le ocurre se debe a que le están haciendo la vida imposible en la residencia y quieren quitarle el dinero que tiene ahorrado en el banco.

El médico de la residencia se pregunta si debe administrar la medicación sin el consentimiento del paciente. ¿Sería correcto administrarle la medicación de forma camuflada en la comida o bebida?

Valores en conflicto

- Por un lado, la autonomía del paciente de negarse a tomar un tratamiento.
- Por otro lado, la seguridad y el bienestar del resto de residentes.

Cursos extremos de acción

- Respetar su decisión autónoma y no darle ningún tratamiento en contra de su voluntad.
- Caso de que se optara por proteger el segundo valor en exclusiva, el curso de acción sería, o bien expulsar al paciente de la residencia por haber incumplido

las normas de convivencia y animar al compañero de habitación a que denuncie la agresión sufrida; o bien someter al paciente a sujeción física, mientras continúe negándose a recibir el tratamiento prescrito.

Cursos intermedios de acción

- Evaluar la capacidad mental. Si se demuestra incapacidad para rechazar el tratamiento, hablar con familiares o allegados para que otorguen el consentimiento informado de tratamiento psicofarmacológico.
- Remitir el paciente a Urgencias del Hospital, llevándolo a la fuerza si fuera necesario, para valoración psiquiátrica y seguir el tratamiento que se prescriba, incluido el ingreso en contra de su voluntad.
- Administrarle tratamiento neuroléptico *depôt* en la residencia, mediante contención física por personal de la residencia, si fuera preciso.
- Darle la medicación camuflada en la comida o bebida.
- Llegar a un acuerdo con el paciente para que tome la medicación delante del personal de la residencia.
- Hablar con el paciente en presencia de personas de su confianza, para hacerle ver que en la residencia no quieren hacerle daño y que tiene fallos de memoria. Informarle de los riesgos y beneficios del tratamiento psicofarmacológico indicado, y así conseguir que acepte la toma de medicación.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

- En este caso se deberían intentar los cursos intermedios en sentido inverso a los citados. En primer lugar intentar convencer al paciente, con ayuda de personas de su confianza, de la necesidad de tomar el tratamiento prescrito.
- La orientación diagnóstica del caso es que el paciente padece una demencia con ideas delirantes paranoides, sin ninguna conciencia de enfermedad y sin capacidad para comprender, razonar y apreciar la necesidad de tratamiento. Por lo tanto, clínicamente podemos considerarle incapaz para rechazar el tratamiento.
- De acuerdo con los criterios sobre actuaciones en caso de capacidad mental disminuida o ausente, tendremos que tomar decisiones en el mejor interés del paciente, adoptando las medidas menos restrictivas de sus derechos y de su libertad de movimiento.
- Hay que contar con el consentimiento de familiares y registrar en la historia clínica el diagnóstico, la determinación de incapacidad para rechazar el tratamiento propuesto, el grado de deterioro cognitivo, la presencia de ideas delirantes paranoides y el riesgo de heteroagresividad hacia personas de la residencia.

- Como práctica excepcional, si el paciente se niega a tomar el tratamiento, puede ser beneficioso y menos restrictivo para el paciente el dar la medicación camuflada en la bebida o en la comida, pero siempre con indicación médica y supervisión de los efectos diariamente, registrándolo en la historia.
- Si el tratamiento así administrado dura más de una semana, se debería establecer un plan individualizado con motivación y objetivos del tratamiento, realizando un seguimiento muy cercano por el personal de la residencia de su conducta, amenazas verbales, estado de ánimo, función cognitiva y efectos secundarios de la medicación. En cuanto resulte posible, deberá pasarse a la modalidad de tratamiento voluntario, tomado en presencia del personal de la residencia.
- Hay que evitar en lo posible las medidas muy restrictivas, como el ingreso hospitalario o la sujeción física, caso de que se presenten nuevos brotes de heteroagresividad. Como el paciente ya ha presentado un acto de violencia hacia un residente, conviene retirar de su alcance cualquier objeto de grave riesgo lesivo.

Recomendaciones

- Conviene recordar aquí que una "medida terapéutica excepcional" nunca debe convertirse en "regla". La excepción puede confirmar la regla, pero no convertirse en norma. Y esto es aplicable también a las medidas de sujeción química o física. Se recomienda el empleo de protocolos y guías clínicas de tratamiento en pacientes con demencia con síntomas conductuales y neuropsiquiátricos.
- El mayor factor de riesgo de que un paciente psiquiátrico presente actos de violencia física auto o heteroagresiva es la presencia de este tipo de actos en su historia anterior, por lo que se recomienda la realización de una buena historia clínica, con la información aportada por familiares y allegados.
- Los psicofármacos utilizados con fines restrictivos tienen efectos secundarios negativos graves en las personas ancianas, especialmente si se administran diariamente, existiendo amplia bibliografía en la relación del uso de psicofármacos y polimedicación y el riesgo de aplicar sujeciones físicas en pacientes con demencia. Por ello se recomienda seguir las guías de buena práctica clínica, como la *Guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitaria y domicilios*, basada en la Norma Libera-Ger de la Fundación Cuidados Dignos.

- No suelen dar buenos resultados los ingresos breves psiquiátricos en pacientes con demencia (por el riesgo de aumento de la desorientación y agitación), siendo recomendable seguir los tratamientos según protocolos y guías clínicas en el medio habitual del paciente, ya se trate del domicilio o de residencias generales. No contribuye a luchar contra el estigma de los enfermos mentales el tratarlos en dispositivos asistenciales solo para pacientes psiquiátricos.

CASO 4

Capacidad mental y enfermedad psiquiátrica

Acude a consulta de Psiquiatría la hija (48 años) de un paciente de 72 años, diagnosticado de trastorno bipolar, porque su hermano (45 años) quiere incapacitar al paciente, alegando que está regalando cosas de valor del domicilio familiar a una vecina. El paciente vive solo desde que enviudó hace 4 años y está iagnosticado de trastorno bipolar desde los 30 años de edad, habiendo precisado ingreso hospitalario psiquiátrico en dos ocasiones (el último hace dos años, por fase hipomaniaca con insomnio, hiperactividad, aumento moderado de gastos innecesarios, irritabilidad, falta de conciencia de enfermedad y abandono de la medicación). Ha seguido tratamiento psiquiátrico ambulatorio de forma irregular, no tomando psicofármacos desde hace seis meses.

Examen mental: alerta, bien orientado, ligera euforia y verborrea, aunque se puede interrumpir su discurso con facilidad, colaborador. Refiere tardar en dormirse 1 hora, pero no toma actualmente hipnóticos. Apetito conservado. Dice estar bien de ánimo y que quiere mantener la relación sentimental que ha iniciado desde hace 8 meses con una vecina (67 años) de la que manifiesta estar enamorado. En MEC 28/30. Reconoce que ha hecho regalos de valor, y que es por eso que su hijo lo quiere llevar al juez para incapacitarlo. Los hijos discrepan sobre la capacidad de su padre para tomar decisiones sobre asuntos económicos y de salud.

¿Es el diagnóstico de trastorno bipolar en fase hipomaníaca motivo suficiente para privar al paciente de su capacidad para tomar decisiones en asuntos económicos y de salud?

Valores en conflicto

- Por un lado, la autonomía del paciente para decidir sobre asuntos económicos y de salud.

- Por otro lado, el patrimonio familiar que se podría dilapidar si el paciente está en fase hipomaniaca y continúa haciendo regalos de forma descontrolada.

Cursos extremos de acción

- No tomar ninguna medida y dejar en paz al paciente.
- Ingresar al paciente en la Unidad de Psiquiatría del Hospital, obligarle a tomar medicación psicofarmacológica, e iniciar la incapacidad civil para todo tipo de decisiones (económicas, salud, testamentarias, voto).

Cursos intermedios de acción

- Comprobar por parte de los familiares (hijos) si el paciente está manejándose bien en las actividades básicas de vida diaria, y confirmar que el paciente duerme bien sin medicación, está comiendo bien y tiene el ánimo eutímico. Para ello puede ser necesario realizar visitas diarias o convivir unos días con el paciente.
- Hablar con la vecina, con el consentimiento del paciente, explicándole la preocupación de los hijos por los antecedentes psiquiátricos que precisaron tratamiento psiquiátrico involuntario, intentado ganar su colaboración para el seguimiento médico del paciente.
- Tener una reunión familiar, a la que asistan el paciente y los hijos, donde se expongan las preocupaciones y miedos de los diferentes miembros de la familia y se llegue a acuerdos para el seguimiento médico del paciente y su funcionamiento en las actividades básicas de la vida diaria.
- Tener una reunión con el paciente sin presencia de sus hijos, para que exprese libremente su opinión sobre ellos y sobre la situación, y para evaluar, una vez más, su capacidad.
- Llegar a un acuerdo con el paciente para ponerle una cuidadora que conviva con él y le ayude en el manejo de su vida diaria.
- Acompañar al paciente (familiar o cuidador) en las revisiones periódicas con el médico de cabecera y en la Unidad de Salud Mental.
- Ofrecerle la medicación, sin camuflar.
- Darle medicación psicofarmacológica camuflada en la comida o bebida, si así lo indica el Psiquiatra y el paciente se niega a tomarla.
- Valorar la pertinencia de iniciar trámites de incapacitación.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

- En este caso, dado que no hay urgencia en la toma de decisiones, pues se ha comprobado que el paciente no presenta psicopatología que precise tratamiento

psiquiátrico urgente, parece que lo más prudente es ir ensayando los distintos cursos intermedios, si es posible en el orden descrito.

- Hay que comprobar de manera directa cómo está funcionando el paciente, ya que este vive actualmente solo, y verificando qué regalos ha hecho o si ha habido gastos extras excesivos en los últimos meses. Intentar ganar la colaboración de la vecina en el seguimiento médico del paciente, en principio, dada la edad del mismo, por el médico de familia, que le puede citar con más frecuencia para revisión del estado somático y evaluar al mismo tiempo su estado mental, para remitirlo al psiquiatra si fuese necesario.
- La reunión familiar con el paciente puede ser muy importante para ventilar preocupaciones y miedos no justificados, así como para evitar divisiones entre los hijos de cara y poder planificar de manera conjunta el cuidado del paciente con su consentimiento y colaboración.
- Todos los cursos intermedios tienen por objeto salvar los dos valores en conflicto y evitar los cursos extremos mientras ello sea posible. En este caso, hay que evitar la incapacitación mientras no sea estrictamente necesaria y buscar medidas o sistemas de apoyo menos drásticos.

Recomendaciones

- En casos de pacientes con trastorno bipolar, con riesgo reiterado de prodigalidad, puede resultar beneficiosa la figura de la curatela, de modo que, cuando el paciente presente una fase hipomaniaca, sea el propio paciete, junto con la persona que el juez haya determinado como curador, quien tome las decisiones sobre aspectos económicos o de salud. En los casos en que la curatela no sea eficaz, debería valorarse la figura de la tutela. Lo que hay que resaltar es que el trastorno bipolar es una enfermedad de curso crónico, que puede incapacitar al paciente para la toma de decisiones cuando se halla en las fase maníaca o depresiva, pero que permite llevar una vida normal y tomar decisiones cuando carece de síntomas, que es durante la mayor parte de su vida.
- Para luchar contra el estigma de la enfermedad mental, hay que recordar que ni todos los pacientes psiquiátricos son incapaces, ni todos los pacientes no psiquiátricos tienen capacidad mental para tomar decisiones. La mayoría de los pacientes esquizofrénicos y bipolares tienen capacidad mental para tomar decisiones. En casos de pacientes bipolares en fase maniaca, aproximadamente la mitad puede tener incapacidad mental y necesitar medidas de protección, pero que no son precisas cuando presentan eutimia.

- Para la evaluación clínica de la capacidad mental partimos del principio de que todas las personas tienen capacidad mental mientras no se demuestre lo contrario. Para determinar que una persona no tiene capacidad para tomar decisiones, el médico tiene que demostrar que presenta un trastorno mental de la suficiente gravedad para que en ese momento sea incapaz de comprender, apreciar, razonar la información sobre la decisión a tomar y no pueda expresar una elección.
- Otro principio en la evaluación de la capacidad mental es la libertad para tomar decisiones insensatas. El hecho de que una persona tome una decisión precipitada o irracional (como puede suceder en un estado de enamoramiento) no es, en sí, prueba de incapacidad. Estos hechos pueden plantear dudas, pero no deben resultar determinantes. Es necesario demostrar la incapacidad, mediante un diagnóstico de enfermedad mental que incapacite para las habilidades relacionadas con la toma de decisiones en ese momento determinado y para una tarea específica.

CASO 5

¿Hasta dónde llegan las obligaciones del profesional?

Es requerida la presencia del psiquiatra de guardia en el servicio de Urgencias, ante la llegada de una joven de 19 años, traída por su madre y una tía tras una disputa familiar. Ya ha sido vista por el médico de puerta que, ante la ausencia de patología orgánica urgente, la remite a Psiquiatría.

En la entrevista clínica, la joven refiere estar enamorada de un hombre de más edad (de la generación de sus padres), con el que mantiene una relación de pareja desde hace dos meses, sin aprobación familiar. En la tarde del presente día, la pareja de la joven ha estado merodeando la casa donde esta vive con sus padres y hermanos menores, mientras los padres la retenían, pues no están dispuestos a que su hija continúe con la relación. La pareja realiza comentarios provocadores en la puerta de la casa, llamando obstinadamente para que la joven salga, por lo que su padre acaba saliendo a la calle y protagonizando una disputa a la que pone fin la policía, que avisa al médico de guardia, quien a su vez remite a la joven al hospital. La madre y la tía de la joven refieren estar en contra de la relación de su hija y sobrina, dado que el varón es una persona problemática, conocida en el pueblo por sus transgresiones alcohólicas y los frecuentes escándalos públicos. La madre

reconoce en la hija frecuentes salidas de tono desde la adolescencia. La hija muestra una actitud adecuada y colaboradora durante la entrevista, en la que sostiene que entiende a sus padres a la vez que defiende su intención de mantener la relación. Realizó estudios primarios y trabaja como dependienta en un comercio local.

¿Hasta dónde llegan las obligaciones del profesional en casos no manifiestamente patológicos? ¿Puede desentenderse de la paciente o debe buscar aquello que pueda resultarle más beneficioso? ¿Merece la pena invertir tiempo y recursos sanitarios en una crisis familiar sin antecedentes médicos conocidos? El que luego se derive a la "posible" paciente a seguimiento en los Servicios de Salud Mental, ¿puede contribuir a la estigmatización de la persona y al incremento del consumo de recursos destinados a problemas menores lo que, a su vez, provoca la disminución de recursos destinados a trastornos mentales graves o a prevención?

Valores en conflicto

- La equidad en la distribución de los recursos limitados, en el contexto de atención sanitaria pública, que puede afectar a la inversión en otros problemas "mayores" de salud mental y evitar la medicalización de los problemas de la vida cotidiana.
- La salud mental y la estabilidad de la joven y la familia.

Cursos extremos de acción

- Caso de optar por el primer grupo de valores, el psiquiatra de urgencia entrevistaría a la paciente, después a su familia, se realizaría una intervención psicoterapéutica en situación de crisis y se derivaría al alta a la paciente a la Unidad de Salud Mental, para seguimiento en caso de que se evidenciara alguna patología abordable a través de este recurso sanitario.
- En caso de decidirnos por reducir al máximo la inversión de recursos sanitarios en problemas menores de salud mental, el psiquiatra de guardia actuaría como consultor e informaría al médico de la Urgencia de que el caso no requiere de atención especializada. Se le recomendaría que atendiera la sintomatología que presentará la paciente en el caso de que la hubiera (crisis de ansiedad, por ejemplo) y que le derivara a Atención Primaria para seguimiento por su médico de familia.

Cursos intermedios de acción

- Valoración por el psiquiatra de urgencias de la paciente y derivación a su médico de familia.

- Valoración por el psiquiatra de guardia junto con el médico de puerta de la situación de la paciente para facilitar la resolución de este caso, y también de futuros casos sin atención especializada.
- Comunicarse con el médico de guardia que deriva al hospital a la paciente, para reevaluar la situación. por si puede aportar más información acerca del incidente de la que pueda reseñar sintomatología (amenazas autolesivas...) y que no haya incorporado en el informe de derivación.
- Tras valoración por el psiquiatra de la paciente y de los familiares y derivación a su médico de familia, entrar en contacto en los días posteriores con el médico de familia para completar la información sobre los antecedentes personales y familiares y reevaluar la necesidad o no de seguimiento especializado.
- Valorar la posibilidad de inclusión de la paciente en grupos terapéuticos de prevención de patología mental en poblaciones de riesgo, o en grupos de desarrollo de habilidades de comunicación, si es que existen. Si no los hay, registrar el caso y analizar la situación a nivel de área, a fin de desarrollar programas especiales de prevención.
- En el caso de que existan programas de apoyo familiar en Servicios Sociales, informar a la paciente y a la familia de la posibilidad de recibir ayuda y apoyo en este recurso.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

- En el contexto de la Urgencia y ante un caso como el que se presenta, el curso que adoptemos ante el conflicto de valores dependerá, en buena medida, de los recursos disponibles. La demanda de la Urgencia en un momento determinado (presión asistencial), y los recursos existentes durante una guardia (presencia de médicos residentes que apoyan la asistencia junto al psiquiatra de guardia, por ejemplo) pueden condicionar mucho el tratamiento del presente caso. Sin embargo, incluso en la peor de las situaciones, debe intentarse tomar una decisión prudente para llegar a la mejor resolución posible del conflicto.
- En este caso, ninguno de los cursos extremos que se plantean puede considerarse óptimo, pues la consulta no está sujeta a protocolos establecidos y no está claro siquiera si es adecuada la derivación para atención psiquiátrica de urgencias, dado que no se cuenta que exista una sintomatología clara por parte de la "posible paciente". Pero la realidad es que la paciente ha llegado al hospital, ha dado sus datos, demanda asistencia y se avisa al psiquiatra, por lo que este debe resolver la situación de la forma más adecuada y prudente posible, dentro del contexto en el que se desarrolla.

- Parece importante, ante el conflicto planteado, aclarar en primer lugar la situación de la paciente, a través de una evaluación psicopatológica llevada a cabo por el psiquiatra o el residente de Psiquiatría. También pueden estar acompañados del médico de puerta, a fin de facilitar la evaluación de futuros casos.
- Además, también deberá entrevistarse a los acompañantes para cotejar la información y contrastar tanto los antecedentes familiares y personales de la paciente como el motivo de la consulta. Una evaluación por parte del especialista en psiquiatría podría facilitar una adecuada derivación de la paciente hacia Atención Primaria, cuando se descarte patología mental que requiera seguimiento especializado en ese momento. Del mismo modo, si durante la entrevista se observarán conductas de riesgo o rasgos de carácter o comportamentales como fuente de conflictos, el especialista podría ponerse en contacto con el médico de familia de la paciente en los días posteriores, para completar la información y decidir las posibles vías intermedias de ayuda de las que esta paciente (o esta familia) puedan beneficiarse, bien en su medio, bien mediante derivación a Salud Mental. Es posible también que existan programas de prevención de conflictos familiares para pacientes en riesgo desde Servicios Sociales, o grupos de apoyo a familias con conflicto de las que se pueda beneficiar.
- El curso óptimo pasa, por tanto, por describir el caso y evaluar la psicopatología de la posible paciente por parte del psiquiatra, con el objeto de identificar las necesidades requeridas y adecuar los recursos a invertir. Desde un punto de vista organizativo y de gestión, debe realizarse un análisis de las derivaciones a Urgencias de Salud Mental por parte de los dispositivos de Emergencias, con el fin de adecuar las necesidades y la prestación de recursos de manera equitativa y prudente.

Recomendaciones

- Resulta imprescindible realizar una evaluación psicopatológica de la paciente y una entrevista a la familia, para aclarar si se trata de un caso clínico que puede beneficiarse de la ayuda médica y de un recurso sanitario, o no.
- La evaluación clínica la puede realizar un médico de familia en la Urgencia pero, al tratarse de un contexto en el que hay psiquiatra de guardia, parece adecuado que la evaluación la realice este, con el fin de orientar de manera más eficiente el seguimiento de la paciente tras el alta.
- Realizar una mínima intervención terapéutica en la Urgencia puede resultar sumamente resolutivo y reducir innecesarias derivaciones a Salud Mental.

- Sería útil organizar reuniones de coordinación de los Servicios de Urgencias y Emergencias intra y extrahospitalarios, para llegar a acuerdos sobre cómo afrontar este tipo de situaciones.
- La comunicación en los días posteriores con el médico de familia de la paciente, puede completar la información que resulta necesaria para la adecuada asistencia y la utilización correcta de los recursos.
- Los recursos de apoyo familiar por parte de los Servicios Sociales pueden ser de gran utilidad en situaciones como la descrita, así como el desarrollo de programas de prevención de patologías menores y problemas comportamentales.
- Ante situaciones como la descrita (disputa en la calle, intervención de la policía, médico de guardia que remite a la paciente a Urgencias), debe comenzarse intentando tranquilizar y desdramatizar el caso. La contención verbal, el tiempo de espera, la medicación ansiolítica sintomática si es preciso, ayudarán a reconducir el caso, conteniendo la conducta vehemente de la paciente o familia.
- Existe el riesgo de emplear muchos recursos sanitarios para algo que no es patología mental. Se recomienda la educación sanitaria por parte de los servicios de Urgencias para no medicalizar la vida normal, ni los problemas familiares o sociales. Destacar la mayoría de edad de la paciente y su capacidad y responsabilidad en sus actos.
- Informar sobre otros recursos ajenos a la red sanitaria que puedan ser de ayuda en su caso (servicios de orientación o mediación familiar).

CASO 6

La difícil frontera entre lo normal y lo patológico

Una mujer de 50 años es remitida por su médico de familia a consulta de Psiquiatría del Centro de Salud Mental, por "obsesiones por los daños que pueden ocasionar en sus hijas las radiaciones del microondas de la cocina familiar". Refiere ansiedad cuando las hijas, de 13 y 15 años, entran en la cocina mientras el aparato está en funcionamiento y les exige que salgan mientras ella prepara las comidas. La paciente tiene estudios primarios y trabaja de forma egosintónica en las tareas del hogar y cuidado de la familia desde hace 17 años. Mantiene buena relación con su marido y sale con un grupo de amigos y con madres de compañeras de sus hijas del colegio. Se trata de una paciente con rasgos obsesivos de la personalidad, sobre

exigente, preocupada por el orden y la planificación. No se encuentra ritualización de actividades, salvo la comprobación de que no permanezcan en la cocina las hijas cuando se enciende el microondas. En la entrevista clínica la paciente refiere aumento de la ansiedad basal, sin crisis paroxísticas y reiteradas quejas circunscritas a la preocupación referida. Discurso bien estructurado y coherente en el que reconoce la irracionalidad de sus miedos, dado que su médico de cabecera, que es quien la deriva y en quien confía desde hace años, le ha explicado que, en la actualidad, no existen evidencias de riesgo para la salud por la exposición a microondas. Eutímica. No refiere dificultades del sueño ni pérdida de peso o de apetito. Su adaptación sociolaboral y familiar es adecuada.

¿Qué debe hacer el psiquiatra en este tipo de situaciones? ¿Debe derivar de nuevo a la paciente a su médico de Atención Primaria?

Valores en conflicto

De nuevo nos encontramos ante la confrontación de los siguientes valores:

- La salud mental de la paciente.
- La equidad en la distribución de recursos.

Cursos extremos de acción

- Si se opta por el primer valor, el potencial beneficio terapéutico que la paciente pueda recibir de la asistencia psiquiátrica, traspaso de la enferma desde Atención Primaria a Salud Mental, que se hará cargo completo de su manejo y seguimiento.
- En el caso de buscar la protección del segundo valor, la optimización de recursos (justicia) y la no-medicalización, se volverá a remitir a la paciente a Atención Primaria, con un breve informe en el que se especificará que no es tributaria de atención especializada.

Cursos intermedios de acción

- Derivar de nuevo a la paciente al equipo de Atención Primaria (médico de familia y enfermería), explicando que se ha descartado psicopatología que precise tratamiento, a fin de que realice el seguimiento normal de la paciente y su familia. Si en el futuro presenta otros síntomas o disfunciones familiares o sociales, volver a remitir.
- Por parte del equipo de Atención Primaria, hacer educación sanitaria en relación a las creencias sobre efectos dañinos para la salud no sustentadas en pruebas, y promocionar hábitos de vida saludable.

- Realizar una segunda valoración con el fin de profundizar en la problemática personal de la paciente que pueda estar en la base de su obsesión y que permita su más adecuado manejo.
- Citar para segunda valoración y contactar con el médico de familia para completar información sobre la paciente.
- Solicitar a la paciente que venga acompañada de un familiar conviviente, con el fin de contrastar su estado de salud y las consecuencias que esta obsesión de la paciente tiene en su vida personal y en la familiar.
- Presentar el caso en la reunión de equipo, junto con los restantes casos nuevos derivados en esa semana al Centro de Salud Mental, con el fin de compartir cursos terapéuticos óptimos.
- Plantear el caso en reuniones de coordinación del Centro de Salud Mental con Atención Primaria.
- Comentar el caso con el psicólogo clínico del Centro de Salud Mental para ver la posibilidad de ofrecer a la paciente terapia de grupo de ansiedad. En el caso de que no existiera, proponer su organización al equipo de Salud Mental.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

- A fin de buscar la mejor solución del problema, deberían irse ensayando los diversos cursos intermedios, ya que todos tratan de beneficiar al paciente y al "sistema", según el resultado de las intervenciones y su evolución.
- Es preciso, en primer lugar, completar en una segunda consulta la información con un miembro de la familia, a fin de catalogar con mayor exactitud la gravedad o levedad del caso, lo que debe hacer también el médico de familia. En ocasiones pacientes como el que se plantea en el caso normalizan situaciones que están generando conflictos familiares que requieren atención.
- Si bien en un primer momento la paciente no parece reunir criterios de gravedad clínica que requieran seguimiento especializado, la realidad es que el médico de familia ha considerado conveniente su derivación, tras, como apuntan las notas referidas por la paciente, realizar un intento razonable de contener y resolver el caso desde Atención Primaria. ("no existen evidencias de problemas asociados con exposición a microondas..."). No debería, pues, considerarse la derivación incorrecta.
- Una vez descartada la psicopatología actual y confirmado por Atención Primaria un buen funcionamiento familiar y social, se recomienda no sobremedicalizar el caso, pero también que el equipo de Atención Primaria este atento a la aparición de nuevos síntomas o de disfunciones familiares o sociales.

Recomendaciones

- La utilización de protocolos de derivación desde Atención Primaria, de protocolos de atención a primeras consultas en Salud Mental, con pautas de seguimiento específicas para el manejo de patologías mayores y menores, puede facilitar una mejor utilización de los recursos sin conllevar desatención a los pacientes. Es preciso saber si existen tales protocolos en el medio de trabajo y, si no es así, promover su desarrollo, comunicando casos como el presente a los responsables del servicio, con el objetivo de promover políticas de mejora de la calidad. Asimismo, los responsables de la gestión de los Servicios de Salud Mental deben promover este tipo de actuaciones, pues son ellos quienes deben facilitar el cuidado de calidad de los pacientes y, al mismo tiempo, velar por la distribución adecuada de los recursos. Las reuniones del equipo y la coordinación con Atención Primaria puede hacer compatible el mejor seguimiento de pacientes en el límite de la necesidad de tratamiento especializado con el consumo adecuado de los recursos.
- En estos casos es siempre necesario realizar una segunda valoración de la paciente con el acompañamiento de un familiar conviviente, para mejorar la evaluación de la gravedad del caso.
- Es preciso promover el contacto con los médicos de familia que derivan a los pacientes, a fin de completar la información y compartir las posibles vías de seguimiento en el plan terapéutico.
- Conviene promover el desarrollo de terapias de grupo dentro de los planes individualizados de tratamiento de pacientes con patología menor en los Servicios de Salud Mental.
- En los equipos de Salud Mental es necesario promover la evaluación periódica de primeras consultas, la revisión de guías clínicas utilizadas, si las hay, y el seguimiento y revisión de protocolos de derivación desde Atención Primaria y dentro del equipo.
- Resulta preceptivo hacer educación sanitaria, a fin de no medicalizar en exceso síntomas leves que no provocan malestar significativo en la vida de los pacientes.
- Es necesario desarrollar e implementar programas de prevención y promoción de la salud, de acuerdo con la medicina basada en pruebas.
- El objetivo de la prevención cuaternaria es: "identificar a pacientes o población en riesgo de sobremedicalización, para protegerlos de intervenciones médicas invasivas y proponerles procedimientos o cuidados éticamente aceptables". Hoy

en día esto es una necesidad acuciante en las sociedades desarrolladas, en las cuales coexisten tremendas paradojas: una excelente pero progresivamente insostenible medicina pública, con la medicalización más injustificada; una población cada vez más dependiente del sistema sanitario, a pesar de tener mejores indicadores de salud que nunca; pacientes con demandas ilimitadas de salud fomentadas por nuestra propia medicina que, arrogantemente, ha generado en la opinión pública la idea de que todo es prevenible y curable, y una medicina que ofrece programas preventivos y pruebas de toda índole no siempre apoyados en la evidencia científica ni valorados por los propios profesionales.

- Es importante no olvidar que el seguimiento doble psiquiatra-psicólogo, sin marcar objetivos terapéuticos en un plan establecido con tiempos y medidas de evaluación del caso, deriva inevitablemente en una utilización irracional de los recursos sanitarios limitados que repercute en la equidad que trata de lograrse en los servicios públicos de salud.

CASO 7

Enfermedad mental y actividad laboral

Un joven de mediana edad, casado, con un hijo de 5 años, presenta desde hace seis años un cuadro de dependencia alcohólica que se caracteriza por episodios de sobreingesta nocturna, en establecimientos públicos, en soledad, tras la salida del trabajo, en los que desconecta el teléfono. No acude a su casa hasta el día siguiente y no avisa a su familia de su estado y paradero durante ese tiempo. La familia ha mantenido el problema oculto a los amigos y resto de familiares, dado el efecto que puede tener en la reputación del sujeto y de su familia, así como por las consecuencias laborales que pueda conllevar. Es cardiólogo y trabaja en un hospital público por las mañanas y algunas tardes en un centro privado. En los últimos meses los episodios de ingesta y huida han aumentado en frecuencia, lo que está dañando la convivencia familiar y también su capacidad de trabajo. Piensa que una baja laboral podría permitirle retomar la terapia de desintoxicación y posterior deshabituación que empezó hace años, reorganizando de ese modo su vida y poniendo orden en su situación.

¿Debe comunicar al Jefe de servicio en el que trabaja en el hospital el motivo por el que va a solicitar la baja laboral a su médico de familia, a fin de que pueda tenerlo en cuenta en la programación del Servicio?

Valores en conflicto

- Por un lado, está el valor de la confidencialidad del paciente (médico-enfermo) sobre su diagnóstico de trastorno adictivo, con altas connotaciones estigmatizadoras en el medio social y laboral.
- Por el otro lado, está la responsabilidad del Servicio de garantizar el adecuado tratamiento de los pacientes a su cargo, y para ello de conocer el estado de salud del profesional y la evolución de su problema.

Cursos extremos de acción

- Pedir la baja laboral por enfermedad común, sin dar explicaciones en el Servicio.
- Reconocer el problema adictivo ante los compañeros, pacientes y jefes de Servicio en el Hospital y en la clínica privada, antes de tomar la baja terapéutica.

Cursos intermedios de acción

- Comentar el problema de salud al Responsable del Servicio, solicitando la confidencialidad de la información ante los compañeros y pacientes.
- Reconocer la problemática ante los compañeros de mayor confianza y requerir su apoyo durante el tratamiento, en relación al reparto de tareas, distribución de responsabilidades, etc.
- Tratar de iniciar un tratamiento de tipo ambulatorio que no conlleve la restricción completa de actividad laboral.
- Adaptar la actividad laboral al proceso terapéutico, con el conocimiento del mismo por parte del Responsable del Servicio.
- Establecer un plan de tratamiento individualizado, comenzando con terapias menos incompatibles con su actividad laboral, para aumentar la incapacitación según evolución durante el seguimiento.
- Contactar con el PAIME (Programa de Atención Integral del Médico Enfermo) de la Organización Médica Colegial, con el fin de acceder a un tratamiento adecuado, respetando la confidencialidad.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

- Nos encontramos ante un problema habitual y delicado en el medio sanitario, que genera grandes dificultades de gestión, con frecuencia eludidas a muchos niveles. Actualmente, la ley protege la intimidad de los ciudadanos y la empresa no debe enterarse del motivo de la baja laboral de un paciente, a no ser que este lo manifieste.

- Es obligatorio respetar la confidencialidad de lo que el paciente considera íntimo, aunque existen excepciones a tal derecho, por ejemplo, que esto conlleve riesgos o daños para terceros.
- En el presente caso, parece que la problemática adictiva no ha generado de momento ninguna consecuencia en el ámbito laboral, quedando restringidos los problemas al ámbito familiar y al personal, lo que ha permitido que en el trabajo no se haya tenido conocimiento del mismo.
- Esta no afectación del ámbito laboral aumenta la tendencia a la ocultación del problema en este medio, lo que no parece conllevar una protección adecuada para los pacientes atendidos por el profesional enfermo, aunque sí para su derecho a la confidencialidad y no estigmatización personal.
- Sin embargo, no parece prudente que el paciente no afronte un problema que puede afectar a sus pacientes en su actividad profesional. El hecho de reconocer el problema no requiere que lo manifieste indiscriminadamente ante todo el equipo y ante los pacientes. Puede considerar la posibilidad de contarlo al responsable del Servicio y a algunos compañeros de confianza que puedan servirle de apoyo en su tratamiento. El reconocimiento del problema en el medio laboral, aunque de forma selectiva y la asunción de responsabilidades, pueden reforzar su conciencia de enfermedad.
- Como primera medida, debería consultarse el Programa específico PAIME, que establece guías y protocolos de manejo de estos casos en el medio laboral.
- La posibilidad de iniciar un tratamiento ambulatorio, cuyo seguimiento no requiera desde el principio la baja laboral del profesional, puede ser una primera posibilidad. Reconocer la problemática con los matices oportunos, ante el responsable del Servicio, puede facilitar la adaptación de las actividades al proceso terapéutico y así garantizar también la calidad de los cuidados de los pacientes atendidos. Asimismo, no hay que descartar la posibilidad de apoyo por parte de algunos compañeros de confianza, siempre y cuando la decisión parta del profesional afectado, para asegurar la confidencialidad.

Recomendaciones

- Informar sobre un problema adictivo en el ámbito laboral, de manera selectiva, a responsables y compañeros, puede facilitar el proceso terapéutico, mejorar la conciencia de enfermedad y garantizar el adecuado cuidado de los pacientes durante el proceso. La asunción de estos problemas requiere de una actitud adecuada y prudente por parte de los Jefes de Servicio, que deben incluir la

gestión adecuada de estos casos entre sus responsabilidades, para el mejor beneficio del profesional y de los pacientes.
- El tratamiento de estas enfermedades requiere también de una implicación del paciente en el proceso de cambio tanto de hábitos como de conciencia.
- El programa de la OMC PAIME puede facilitar este proceso ya que cuenta con unos medios adecuados para asegurar la confidencialidad del proceso terapéutico en médicos que padecen una enfermedad mental.

Este caso y otros referidos a la confidencialidad ponen de manifiesto la importancia de una cultura de la confidencialidad en el ámbito asistencial. Las normas no bastan.

CASO 8

Alcoholismo y ejercicio de la medicina

Helena, MIR de primer año de Psiquiatría en un Hospital General, está muy preocupada por la conducta del médico adjunto con el que ahora está rotando, ya que ha faltado varios días a las consultas externas, teniendo que pasar ella la consulta sin la debida supervisión. Además, con frecuencia llega al trabajo eufórico, irritable y se burla en forma grosera de sus pacientes. Otras veces es evidente su aliento enólico. Puesto que Helena acaba de integrarse en el Hospital, no se atreve a decirle nada ni a informar a sus autoridades superiores. Lo ha comentado con sus compañeros de formación, que refieren que es un tema conocido por todos pero del que se guarda silencio. *Helena, sin embargo, siente que debe hacer algo para mejorar la situación.*

Valores en conflicto

- Por un lado, la salud del psiquiatra adjunto y la de sus pacientes, así como la profesionalidad (buena praxis profesional) de la MIR.
- Por otro lado, la autonomía informativa del psiquiatra, entendida como la facultad de controlar y decidir el uso y destino de su información personal.

Cursos extremos de acción

- Si se opta por proteger el primer valor en detrimento del segundo, se comunicará el caso al Jefe de Servicio, el Director médico o, en su caso, ante el Juzgado de guardia, por el riesgo a que se somete a los pacientes.
- Caso de que se opte por proteger el segundo valor sin tener en cuenta el primero, no se dirá nada, aun en el caso de que esto pueda tener consecuencias negativas para los pacientes.

Cursos intermedios de acción

- Hacer una reunión con el resto de compañeros MIR para exponer el caso y ver qué medidas deberían tomarse.
- Hablar con el Adjunto implicado, para convencerle de que se ponga en tratamiento y pida, si es necesario, la baja laboral por enfermedad.
- Hablar con su Tutor de Residentes, exponiéndole el caso y sus repercusiones.
- Hablar con el Jefe de Servicio o con la Dirección médica del hospital.
- Exponer el caso en el Comité de Ética Asistencial del Hospital.
- Poner el caso en conocimiento del Colegio de Médicos.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

- Helena tiene motivos para estar preocupada por la conducta del Adjunto con el que está rotando, ya que puede poner en peligro la salud de los pacientes, por lo que tiene el deber ético de no ignorar esta conducta y hacer algo al respecto. Un primer paso es hablar con sus compañeros MIR, para ver si se ha hecho algo hasta el momento que pueda ayudar a la solución de este problema. Si Helena piensa que hablar con el Adjunto sobre el tema puede dar resultados, debe hacerlo, si es posible en presencia de otro compañero de confianza para ambos. Si no es eficaz esta actuación, tendrá que dirigirse de manera directa a sus autoridades superiores por orden jerárquico: Tutor de Residentes, Jefe de Servicio, Dirección Médica del Hospital, y esperar que tomen una decisión. Si ellas no están dispuestas a enfrentar la situación y está claro que el estado del profesional afecta seriamente a su manejo de los pacientes, entonces debería ponerse en contacto con la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos. Acudir al CEA no es operativo en este caso, pues no está dentro de sus funciones, y la recomendación será que si han resultado infructuosas los cursos intermedios acuda a la Comisión Deontológica del Colegio de Médicos.

Recomendaciones

- Recordar la importancia de guardar la obligada por ley, confidencialidad en estos casos que pueden ocasionar un daño moral en el prestigio de las personas afectadas. En ocasiones pasa a ser un secreto a voces, que se oculta a las personas responsables de tomar las medidas pertinentes, por una mal entendida actitud de compañerismo. El objetivo debería ser informar a la persona responsable del Servicio para que guardando la obligada confidencialidad, tome medidas adecuadas para ayudar al paciente.

- La obligación de informar sobre la incompetencia o la mala conducta de un colega está estipulada en los códigos de ética médica. Por ejemplo, el Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial (AMM) establece que: "el médico debe informar a las autoridades apropiadas sobre los médicos que practiquen en forma antiética e incompetente o a los que incurran en fraude o engaño". La aplicación de este principio no es fácil. A pesar de los inconvenientes de denunciar la mala conducta, es un deber profesional del médico hacerlo. No obstante, la denuncia de colegas a la autoridad disciplinaria debe ser, normalmente, un último recurso, después de haber probado otras alternativas sin éxito.
- Código Deontológico de la Organización Médica Colegial de España:
- Art. 22. 3: "Si el médico no fuera consciente de tales deficiencias y estas fueran advertidas por otro compañero, este está obligado a comunicárselo y, en caso necesario, lo pondrá en conocimiento del Colegio de Médicos, de forma objetiva y con la debida discreción. Esta actuación no supone faltar al deber de confraternidad, porque el bien de los pacientes es siempre prioritario".
- Art. 38. 4: "No supone faltar al deber de confraternidad el que un médico comunique a su Colegio con discreción las infracciones de sus colegas contra las reglas de la ética médica o de la práctica profesional".
- Art. 45. 2: "El médico pondrá en conocimiento de la dirección del Centro las deficiencias de todo orden, incluidas las de naturaleza ética, que perjudiquen la correcta asistencia. Si no fuera así, las denunciará ante su Colegio y, en última instancia, a las autoridades sanitarias, antes de poder hacerlo a otros medios".
- La Organización Médica Colegial de España tiene en funcionamiento el Programa de Atención Integral al Médico Enfermo (PAIME), para el tratamiento adecuado y respetando la confidencialidad.

CASO 9

Estigma y enfermedad mental: ¿qué debe figurar en un informe de alta?

Miguel, MIR de segundo año de Medicina Familiar, está de guardia en un Hospital General y ha atendido a un paciente de 55 años que ha acudido a Urgencias porque tiene ideas autolíticas de tirarse desde un puente de gran altura. El paciente refiere que ha estado a punto de hacerlo pero que ha tenido miedo, acudiendo con gran angustia al Hospital. En la historia anterior destaca politoxicomanía en su juventud, de la que se halla totalmente recuperado, no estando en tratamien-

to psiquiátrico desde hace más de 20 años. Actualmente tiene graves problemas económicos, está sin trabajo. Separado de su mujer desde hace un año, tiene que pasarle una pensión para el cuidado de dos hijos menores. El médico de guardia le ha administrado un ansiolítico, a la vez que avisa al psiquiatra de guardia. Este, tras valorar al paciente, no considera necesario su ingreso hospitalario. Su diagnóstico es depresión reactiva a problemática social, y prescribe tratamiento ambulatorio entre la Unidad de Salud Mental, el Médico de Familia y el Trabajador Social. Al darle el informe de alta de Urgencias, el paciente le pide que quite del informe los datos de antecedentes de politoxicomanía y VHC+ (hepatitis C), porque le pueden causar problemas. *Miguel no sabe si debe eliminar esta información de la historia clínica.*

Valores en conflicto

- Por un lado, la confidencialidad de los datos del paciente y el evitar que sufra consecuencias laborales negativas por haber padecido politoxicomanía.
- Por otro lado, la veracidad de los datos del informe, para que sea tratado de manera adecuada, y también evitar daños a terceros por padecer una enfermedad contagiosa (VHC+).

Cursos extremos de acción

- Atender la petición del paciente y quitar del informe y la historia clínica los antecedentes de politoxicomanía y VHC+, sin dar más explicaciones al paciente.
- No cambiar nada del informe de alta ya escrito, diciéndole que no es quién para pedirle tal cosa.

Cursos intermedios de acción

- Hablar con el paciente para que explique qué problemas concretos cree que le puede ocasionar que en el informe aparezcan dichos antecedentes.
- Establecer una relación médico-paciente de confianza, para poder afrontar adecuadamente estos temores en un momento en el que el paciente presenta un cuadro depresivo reactivo a problemática social.
- Si el paciente lo autoriza, intentar hablar por teléfono con el Médico de Familia, la Unidad de Salud Mental o el Trabajador Social, para informarse del diagnóstico, antecedentes clínicos y de su petición de que estos no aparezcan en el informe de alta de Urgencias, por temor a resultar perjudicado.
- Llevar a cabo el punto anterior sin la autorización del paciente.
- No poner en el informe de alta de Urgencias que se entrega al paciente los antecedentes de politoxicomanía, para que no resulte perjudicado para poder

encontrar trabajo. Sí incluir el hecho de que es portador de VHC+, explicándole los riesgos, posibles tratamientos y medidas preventivas para evitar el contagio a otras personas.

- No incluir en el informe de alta ninguno de los dos antecedentes, pero mantener dicha información en la historia clínica informatizada, a la que se tiene acceso desde su Centro de salud y la Unidad de Salud Mental.
- Mantener como está redactado el informe de alta de Urgencias, explicando al paciente que solo lo debe de mostrar al personal sanitario, no al personal laboral, y que los sanitarios tienen obligación de guardar secreto, manteniendo la confidencialidad de los datos.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

- En este caso, la elección del curso óptimo a seguir debería ser pactada y autorizada por el paciente, que es quien debe determinar lo que quiere que permanezca siendo confidencial. En principio, todo lo que él considere confidencial obliga al profesional a mantenerlo secreto. Este pacto solo puede romperse en casos excepcionales, cuando la información resulta relevante para evitar el daño a terceros.
- En este caso, para establecer una relación clínica de confianza, puede ser óptimo acordar con el paciente el omitir el antecedente de politoxicomanía de hace 20 años, pero mantener su condición de portador de VHC+, explicándole los riesgos, posibles tratamientos y medidas preventivas para evitar el contagio a otras personas. Asimismo hacerle saber que toda la información médica permanece en la historia clínica informatizada, teniendo acceso a ella solo el personal asistencial implicado en su asistencia sanitaria, al que debe advertir de que quiere que sea confidencial.
- Debería informarse al paciente de la obligación de secreto profesional, asegurándole que, mientras él no lo autorice o no existan exigencias suficientemente importantes de bien público, de evitación de daño a terceros o no haya un imperativo legal, sus datos permanecerán siendo absolutamente confidenciales.

Recomendaciones

- Las decisiones prudentes intentan llegar a la resolución de los conflictos manteniendo la relación clínica en la confianza y el respeto y buscando no lesionar ninguno de los valores en juego. Para esto un tono relajado y sin prisas en la comunicación de la información puede facilitar la comprensión y la adecuada

toma de decisiones. Evitar las prisas y ponderar circunstancias y consecuencias en la toma de decisiones en la atención en Urgencias es difícil pero debería hacerse para evitar daños mayores. No ceder a un tono amenazante o a una petición que pueda representar riesgos para terceros debería ser la actitud apropiada para actuar de manera prudente.

- Historia clínica e informe clínico son cosas bien diferentes. La primera ha de ser veraz y todo lo completa que sea posible, el segundo ha de ser veraz y ceñirse a la información necesaria para el episodio al que se refiere. Los datos referidos a los antecedentes personales y familiares son necesarios en toda exploración e historia clínica, pero no es imprescindible que se vean reflejados en un informe referido a una intervención concreta de Urgencias. Si no fuesen relevantes para la situación concreta que se está atendiendo no deberían figurar, menos aún cuando el paciente solicita su exclusión. El uso abusivo e indiscriminado del 'recorta y pega' de información que se lee en la historia clínica informatizada ha llevado en ocasiones a la explicitación de antecedentes psiquiátricos en informes de atención por un problema médico (p. ej., apendicitis), antecedentes que nada aportan al informe médico o quirúrgico y que despiertan un lógico malestar en el paciente cuando lo lee, sabiendo que ese informe será leído por otros profesionales, temiendo su reproducción en nuevos informes. En definitiva: aunque todos los datos clínicos han de ser tenidos en cuenta en la evaluación y atención de cada caso, a la hora de redactar un informe este ha de ceñirse a lo referido y realmente relevante de la intervención realizada.
- La base de una relación clínica ha de ser la confianza, con el fin de ayudar al paciente en la toma de decisiones prudentes sobre su salud. "No hay ejercicio de la medicina sin confianza, confianza sin confidencialidad y confidencialidad sin secreto".
- Todos los datos relativos a la salud y la sexualidad son datos considerados "sensibles", necesitados de una "especial protección". Con esto quiere decirse que su protección y seguridad deben ser máximas.
- El *International Working Group on Data Protection in Telecommunications*, en su Documento de Trabajo sobre disponibilidad en línea de archivos electrónicos de salud (2006), ha considerado que los datos genéticos o los datos psiquiátricos deberían estar excluidos de la consulta *on line*, o hallarse codificados mediante sistemas de encriptación. El documento reitera la conveniencia de que solo personal médico pueda acceder a ciertos datos especialmente sensibles del historial *on line*, y aconseja que se estudie la posibilidad de que el propio paciente, titular de los datos, pueda conocer la procedencia de los accesos que se

hayan producido a sus datos (trazabilidad). Otros autores consideran que no ayuda a la lucha contra el estigma del enfermo mental tratar esta información de manera especial, y defienden su control de acuerdo con las reglas que rigen para el resto de la documentación biomédica.

- Por estigma de la enfermedad mental se entiende la serie de prejuicios y connotaciones negativas que se atribuye a las personas con problemas psiquiátricos, en mayor medida a los pacientes con politoxicomanía, considerados con gran frecuencia personas carentes de fuerza de voluntad y con frecuentes recaídas.
- En nuestra sociedad existe un prejuicio negativo sobre los enfermos mentales, basado en estereotipos y falsas creencias asumidas de forma acrítica. El estigma provoca una discriminación que dificulta que estos enfermos reciban una atención y tratamiento de calidad a través de unos servicios adecuados de salud mental, así como una adecuada integración laboral y social.
- Una de cada cuatro personas padece una enfermedad mental a lo largo de su vida. Gran parte del sufrimiento que padecen estas personas tiene su origen en el rechazo, la marginación y el desprecio social que tienen que soportar, y no en la enfermedad en sí misma.
- La Ley General de Sanidad de 1986 supuso un gran avance, pues decretaba "la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema sanitario general y la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales". Sin embargo, todavía hoy en día persiste el estigma en los enfermos mentales en nuestra sociedad lo que, a su vez, es causa de marginación social y sufrimiento. Es la actitud denominada *Nimby* (*Not in my backyard*: no en mi patio, o en mi vecindad) o *Span* (Sí, pero aquí, no).
- La mejor manera de combatir el estigma hacia el enfermo mental es tratarlo en el sistema sanitario general como cualquier otro paciente, lo que incluye el respeto a sus derechos de autonomía y confidencialidad.

CASO 10

Investigación clínica en Psiquiatría

La Sra. Adela tiene 54 años y está diagnosticada de esquizofrenia crónica indiferenciada. Está ingresada en una unidad de tratamiento y rehabilitación de Psiquiatría (media estancia), tras ser dada de alta en una planta de hospitalización psiquiátrica

breve. Cuando se le planteó participar en un nuevo protocolo diseñado para testar el efecto de una medicación para detener el progreso de la enfermedad, ella aceptó entusiasmada. Se trataba de un estudio con un riesgo superior al mínimo, en el cual el investigador consideraba que la paciente podía beneficiarse de forma directa, dados los resultados preliminares de la investigación y la pobre respuesta actual de la paciente a los sucesivos tratamientos. En los últimos años la enferma había sufrido un empeoramiento progresivo que no pudieron frenar las medicaciones indicadas. La paciente parecía comprender todas las implicaciones del nuevo estudio y ser capaz de participar. Más tarde, ese mismo día, cuando el ayudante investigador se le acercó, la Sra. Adela rechazó participar y en el curso de los pocos días siguientes la Sra. Adela repetidamente alternaba entre aceptar y rehusar su participación. La paciente no tiene familiares vivos ni personas de confianza que puedan ayudar a tomar una decisión. *¿Debe incorporarse a la paciente al proyecto de investigación?*

Valores en conflicto

- Voluntariedad y autonomía de la participación en la investigación.
- Beneficio que el paciente puede recibir, caso de que el nuevo medicamento tenga una respuesta positiva para ella, y que se consiga obtener un conocimiento generalizable con este proyecto de investigación que permita la aprobación del medicamento.

Cursos extremos de acción

- Excluir a la paciente del estudio, sin tener en cuenta sus posibles beneficios.
- Incorporarla a él, sin atención a los riesgos.

Cursos intermedios de acción

- Cerciorarse de que, en el caso de que decida participar, podrá retirarse del estudio en cualquier momento, sin dar explicaciones.
- Reevaluar la capacidad de la paciente en el momento actual y completarla con la evaluación de su estado psicopatológico.
- Acudir a métodos especiales para facilitar la comprensión del estudio, que se utilizan en pacientes complejos (explicaciones sencillas con imágenes, por ejemplo) y garantizar que la información sobre el estudio se le presenta a la paciente adecuándola a su nivel socioeducativo y cultural.
- Asegurarse de que se selecciona el contenido relevante del estudio, que le permita conocer a la paciente sus implicaciones negativas y la posibilidad de que no obtenga ningún beneficio personal o incluso perjuicios.

- Tratar de valorar si distingue entre el objetivo de la investigación de obtener un conocimiento generalizable y el de un tratamiento convencional que busca el mayor beneficio de la paciente.
- Evaluar la forma en que se solicita su participación en el estudio y garantizar que no se sienta presionada a participar porque se lo pida alguno de los profesionales que la están tratando en el centro.
- Consultar con su psiquiatra habitual de la Unidad de Salud Mental, para conocer la situación base de la paciente y preguntar cómo ha evolucionado su capacidad para tomar decisiones en cuanto a su proceso terapéutico en el curso de la enfermedad. También preguntarle si ha participado en otros estudios de investigación en los que se le considerase capaz de participar.
- Reevaluar su conciencia de enfermedad y la evolución tórpida que ha presentado en los últimos tiempos.
- Consultar con el psiquiatra responsable en este momento y estimar su pronóstico o posibilidad de recuperación de la capacidad para decidir en un tiempo no lejano, en el que aún se esté desarrollando el proyecto, para postergar su participación.
- Consultar si existen instrucciones previas de la paciente en las que se aluda a su decisión sobre participar o no en proyectos de investigación.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

- El principal escollo que encuentra la investigación sobre tratamientos en poblaciones vulnerables, como es el caso de nuestra paciente, es la dificultad de establecer criterios correctos de inclusión o exclusión. Utilizar criterios excesivamente restrictivos a la participación puede hacer que esa población se encuentre infrarrepresentada en los estudios y se limiten los potenciales beneficios del estudio sobre estas personas. Pero, por otra parte, cabe el riesgo de que, para evitar ese peligro, se someta a los pacientes vulnerables a riesgos no deseados cuya gravedad no se ha podido prever y de los que no se les ha protegido adecuadamente. En el presente estudio se indica que el riesgo estimado con la participación es superior al riesgo mínimo (definido como aquel al que están sometidas las personas en su vida diaria), por lo tanto se recomienda una evaluación de la capacidad, máxime en una paciente con una enfermedad en la que existe riesgo, a su vez, de presentar periodos con capacidad limitada para la toma de decisiones.
- La resolución de este conflicto entre la sobreprotección con riesgo de infrarrepresentación y la falta de respeto a la autonomía pasa por una evaluación adecuada de la capacidad para participar en cada proyecto concreto de investigación.

- La decisión de incluir a la paciente en el estudio no parece prudente en el momento actual. Pero, para descartar definitivamente su inclusión, aún podemos tratar de reconsiderar el caso, las circunstancias y los tiempos, a través de una combinación de los cursos intermedios de acción propuestos.
- La valoración de la capacidad para decidir participar en proyectos de investigación en el momento actual pasa por garantizar que la paciente comprenda el propósito de la investigación, los métodos y efectos en su propio cuidado, los riesgos y beneficios y la libertad para abandonar el estudio en cualquier momento, entre otras cosas. Los investigadores han de seleccionar la información relevante que se le ofrece y adaptarla a su nivel sociocultural y, en casos difíciles como el actual, incluso, acompañarlas de imágenes o dibujos que puedan hacer más fácil su comprensión. Después, el investigador debe valorar si la paciente aprecia los efectos que esa información recibida tendría para su propia vida, si es capaz de establecer un razonamiento lógico para tomar la decisión y si puede expresarla de manera consistente y estable (lo que parece estar afectado en la primera valoración). Al mismo tiempo, debe valorarse qué estado psicopatológico tiene la paciente en el momento actual, y decidir, apoyándose en la información que puedan aportar otras fuentes (en este caso, su psiquiatra de siempre, pues parece que no hay familiares o allegados que nos puedan ayudar) si se estima que podrá remitir la afectación actual y recuperar su capacidad. Si es así, podría postergarse la solicitud de inclusión, si ello es factible en el presente proyecto, a que la paciente presente un estado psicopatológico en el que se compruebe la recuperación de la capacidad.
- Además de la valoración de la capacidad, la exigencia de la misma estará condicionada por el riesgo que conlleve la investigación. A mayor riesgo, mayor exigencia de capacidad, lo que deberá establecer el equipo investigador, previo a la valoración de la capacidad.
- Y, además, para contribuir también a mejorar la calidad del consentimiento, además de la valoración de la capacidad y la información adecuada, se tratará de garantizar la voluntariedad de la paciente, sobre todo en las circunstancias que tiene de internamiento en un centro terapéutico, en el que sus decisiones pueden estar muy condicionadas por la opinión de sus terapeutas, responsables actuales de su tratamiento.

Recomendaciones

- Reevaluar el estado psicopatológico de la paciente y estimar si será posible una mayor estabilización que permita la recuperación de la capacidad. Para ello se

podrá contar con la información de su historia clínica, con los antecedentes de participación en estudios y contactando con su psiquiatra ambulatorio.

- Para saber si ha recuperado su capacidad es preciso reevaluarla, asegurando una información adecuada en la forma y en el contenido a las características de la paciente, y garantizando que aprecia las implicaciones de esa información hacia su persona, de modo que llegue a una decisión de forma razonada y que esa decisión sea consistente y estable en el tiempo.
- Comprobar que no existe un deseo expresado previamente de participar o no en estudios, reflejado en un documento de instrucciones previas o por comentarios a allegados o conocidos (en este caso parece difícil, pues no se conocen familiares vivos de la paciente).
- Mejorar la forma en que se informa a la paciente sobre el estudio, si es necesario, con nuevas explicaciones, imágenes, pictogramas, para asegurar buena información.
- Establecer un nivel de capacidad adecuado con el riesgo del proyecto de investigación en el que se le solicita participar.
- Garantizar la voluntariedad de la paciente, aclarando que su estancia y tratamiento en el centro en ningún momento se verá afectado por la participación o no en el estudio. En la medida de lo posible, tratar de que los investigadores que soliciten la inclusión en el estudio y su desarrollo no sean los responsables de su tratamiento.

Tratamiento ambulatorio, tratamiento hospitalario

CASO 11

El problema del abandono de la medicación

Antonio tiene 39 años y desde los 21 está diagnosticado de esquizofrenia paranoide. Vive con sus padres ancianos. El padre tiene una cardiopatía isquémica, por la que tiene que acudir con frecuencia al cardiólogo, y alguna vez a Urgencias por un episodio de dolor precordial. Su madre es diabética insulino-dependiente, le han puesto una prótesis de rodilla y ahora está pendiente de una intervención para que le implanten otra prótesis en la otra rodilla. Por ello, actualmente está siendo tratada con abundantes analgésicos, incluidos opiáceos.

La esquizofrenia de Antonio empezó en una época en la que fumaba *cannabis* casi a diario, y ocasionalmente esnifaba cocaína. Tuvo un episodio alucinatorio-delirante y se puso agresivo con su familia y los vecinos porque creía que lo iban a matar. En el primer ingreso respondió bien al tratamiento, estuvo tres semanas y al alta no tenía ningún síntoma psicótico.

A los dos meses del alta volvió a fumar *cannabis*. El psiquiatra del Centro de Salud Mental le insistió en que no debía tomar drogas, pero Antonio no hizo caso. Sus padres tampoco consiguieron que dejase de consumir *cannabis*. A los cinco meses del alta dejó de tomar la medicación, y a los siete meses volvió a tener una recaída psicótica y un nuevo ingreso.

Desde el comienzo de su enfermedad hasta hoy esta dinámica se ha repetido en 17 ocasiones, en lo que su familia ha definido como una "puerta giratoria". Cada vez que ingresa le ponen la medicación y Antonio mejora, junto al hecho de que ha dejado de fumar *cannabis*. En los primeros dos meses tras el alta Antonio se encuentra muy bien y se puede convivir con él sin problema. Sus padres lo reconocen así. Sin embargo, el abandono de la medicación y el uso de tóxicos hacen que todo cambie.

La Dra. Pérez, psiquiatra que atiende a Antonio, habla con él con frecuencia. En los meses siguientes al alta Antonio no presenta alteraciones psicopatológicas. No se detectan delirios ni alucinaciones. No muestra trastornos formales del pensamiento y tiene conciencia de enfermedad. Antonio entiende que padece una enfermedad crónica y que tiene frecuentes recaídas. Sin embargo, rechaza tomar la medicación porque dice que se nota raro y que "muchas veces siento como si no fuera yo mismo". La Dra. Pérez le ha cambiado el tratamiento varias veces, con distintos fármacos, pero el paciente dice que todos le sientan mal.

En los últimos ingresos las recaídas psicóticas de Antonio se han acompañado de gran agresividad. Un día salió a la calle e insultó a un desconocido con el que se cruzó por la acera. Tuvo que intervenir la policía. Antonio tiene dos hermanos que viven cerca de sus padres y que han acudido a hablar con la Dra. Pérez para plantearle el problema. Están enfadados, ya que consideran que el sistema sanitario tendría que hacer algo, por lo menos ingresarlo en un "psiquiátrico" porque sus padres ya no lo pueden controlar y, además, "un día va a ocurrir una desgracia, cuando Antonio vuelva a tener una recaída". La Dra. Pérez sabe que los familiares tienen razón.

La Dra. Pérez se plantea pedir al Juzgado de Incapacidades que corresponda que emita una orden de tratamiento involuntario obligatorio por la que obligue a Antonio a ponerse la medicación, aunque no quiera. Y que si la rechaza, se le pueda administrar a la fuerza. El caso se plantea en la reunión quincenal de los profesionales del programa de rehabilitación, y se suscita un intenso debate ya que algunos miembros del equipo piensan que si se obtiene esa orden del Juzgado se romperá la alianza terapéutica con Antonio, y se volverá todavía menos colaborador. Además opinan "que no todo se resuelve con medicación".

La Dra. Pérez se pregunta qué debe hacer, si ingresar al paciente en un centro de larga estancia, optar por el tratamiento obligatorio involuntario o, simplemente, seguir como hasta ahora.

Valores en conflicto

- En este caso es claro que entran en conflicto dos grupos de valores. De un lado, la salud del paciente, necesitado de medicación. En este lado está también la seguridad de los padres, familiares y vecinos, habida cuenta de que pueden sufrir agresiones cuando el paciente sufre recaídas psicóticas.
- De otra parte está la voluntad y libertad del paciente, que necesita ser respetada en todo lo que resulte posible, precisamente porque se trata de un valor muy importante que es preciso respetar o no lesionar.

Cursos extremos

- Si se opta por el primer grupo de valores en exclusiva, se procederá al ingreso del paciente en una unidad de hospitalización psiquiátrica de larga estancia, con el fin de asegurarse de que sigue el tratamiento adecuado, y evitar que se produzcan agresiones a la familia o personas cercanas.
- Caso de que se opte por operativizar el segundo valor sin atender a los otros, se permitirá que la situación siga igual, con un seguimiento ambulatorio del caso, y respetando la voluntad del paciente cuando rechaza tomar la medicación que tiene pautada.

Cursos intermedios

- Una posibilidad es derivar al paciente a un hospital de día. En este caso el paciente acudiría a diario a dicho recurso y participaría en las diferentes actividades rehabilitadoras. Una vez finalizada la jornada regresaría a su domicilio. Es una alternativa menos restrictiva que la hospitalización. Tiene la limitación de que es imprescindible la voluntariedad del paciente. Si el paciente rechaza acudir al hospital de día, no se le puede obligar.
- Ingreso en una mini residencia o piso tutelado. Estos son recursos que permiten una gran integración social de los pacientes con trastornos mentales graves. Estos centros residenciales no tienen limitaciones de entrada o salida. El paciente es libre de desenvolverse en su entorno. Es una alternativa poco restrictiva. Sirve de complemento a otras actividades rehabilitadoras, por ejemplo, la orientación laboral.
- Recomendar al juzgado de incapacidades que corresponda iniciar un tratamiento ambulatorio involuntario. En el momento actual no existe todavía una regulación legal clara sobre cómo tiene que aplicarse. En los jueces hay discrepancias importantes. Por un lado, unos defienden que es imposible de aplicar ya que no hay regulación al respecto. Otros consideran que sí es posible aplicarla con la legislación vigente. Mediante esta fórmula habría un estrecho seguimiento del paciente respecto al cumplimiento del tratamiento. Y se le advertiría de que, en caso de rechazar la medicación, se le administraría incluso en contra de su voluntad. Esto se aplicaría independientemente de su estado mental, y de si es o no competente para tomar dicha decisión.
- Incluir al paciente en un programa de tratamiento asertivo comunitario: esta es una opción diferente a la del tratamiento ambulatorio involuntario. En el tratamiento asertivo comunitario no hay una intervención judicial. Sin embargo, sí hay un estrecho seguimiento del paciente, que es evaluado periódicamente,

incluso si rechaza tal evaluación. Se pretende persuadir al paciente, con gran insistencia, para que acepte el tratamiento farmacológico y rehabilitador que se le ha pautado.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

- En este caso la mejor opción sería incluir al paciente en un programa de Tratamiento Asertivo Comunitario, y allá donde no se disponga de este tipo de programa, incluirlo en alguno de los recursos intermedios: Hospital de día, media estancia, Centro de rehabilitación psicosocial, etc. Al no haber la presión judicial se podría mantener una buena relación terapéutica entre el equipo de profesionales por un lado y el paciente por otro. Es importante realizar una valoración del riesgo de conducta violenta que pueda tener el paciente. Hay factores de riesgo conocidos, como el consumo de drogas, o el hecho de que se hayan producido episodios de violencia previos. Estas evaluaciones deben hacerse periódicamente por el equipo asistencial. Se debe informar a la familia del resultado de dichas evaluaciones.
- Además, ha de tenerse preparado un plan de actuación para cuando se considere que ha aumentado el riesgo de conducta violenta. Por ejemplo, proceder al ingreso en una Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Agudos.
- También sería importante valorar una intervención psicoeducativa. Habría que sentarse a hablar con el paciente para discutir los motivos que tiene para el rechazo de la medicación. Y asegurarse de que las motivaciones para dicho rechazo no son debidas a su psicopatología. Interesa conocer los motivos para el rechazo. Es posible que en muchos casos esté justificado, por ejemplo, debido a los efectos secundarios, o a que el paciente se siente estigmatizado por el hecho de tomar medicación y que se le note en su entorno social.

Recomendaciones

- Realizar una evaluación detallada de la capacidad del paciente para tomar decisiones en el ámbito sanitario, en cada momento evolutivo y para la decisión a tomar.
- Aprovechar la temporada de estabilizacion clínica para realizar una labor psicoeducativa con el objetivo de mejorar el manejo de las recaídas psicóticas.
- Valorar si el rechazo al plan de tratamiento que se le ofrece tiene motivaciones psicopatológicas, o bien tiene razones que son justificadas.
- Mantener una comunicación fluida tanto con el paciente como con su entorno familiar. Garantizando desde el equipo asistencial una rápida respuesta ante los incidentes que se puedan producir. La familia debe sentir que tiene fácil

acceso al equipo asistencial y que habrá una pronta respuesta en caso de que se produzca una crisis.
- Mantener un diálogo a tres bandas (paciente, familia y equipo asistencial). Dejando claro que los objetivos que nos planteamos son el cumplimiento terapéutico y la evitación de nuevos incidentes en la convivencia familiar.

CASO 12

Ejercicio médico y pericia judicial

Carlos tiene 53 años y trabaja desde hace 20 años en una pequeña empresa como administrativo, llevando la contabilidad. Está casado y tiene dos hijos. El mayor tiene 21 años y estudia Derecho en una Universidad Pública, y el pequeño estudia Formación profesional de electrónica. Su mujer está actualmente en paro.

Carlos acude desde hace 15 años a la consulta del Dr. García, generalmente por problemas de "ansiedad y depresión". En opinión de su médico, Carlos es "un gran neurótico" y ha presentado, por temporadas, diferentes conjuntos de síntomas. Al principio tenía somatizaciones en el estómago y dolores en la espalda. Después tuvo crisis de ansiedad, necesitando ir a Urgencias en varias ocasiones. Otra vez tuvo un episodio depresivo, más bien leve, en relación con problemas de pareja.

En el último año las visitas al psiquiatra han aumentado en frecuencia, llegando a ser mensuales por la gran ansiedad que presenta Carlos. En las entrevistas con el paciente se evidencia que la principal fuente de ansiedad proviene de su situación laboral. Su empresa tiene problemas económicos y va a realizar un ERE. No sabe si él está en la lista de los que van a ser despedidos.

Carlos lleva 20 años trabajando en la empresa, terminó la EGB y realizó un curso de Formación profesional en administración. Ahora nota que le cuesta estar actualizado en los procedimientos que se están implantando. Cada vez que cambian el *software* de gestión lo pasa mal, hasta que se entera de cómo funciona. En contabilidad han entrado dos chicos de menos de treinta años; ambos son universitarios y se manejan muy bien con las nuevas herramientas tecnológicas. Además, sus sueldos son bastante más bajos que el de Carlos.

En los últimos dos meses, Carlos ha tenido varias discusiones tensas con su jefe. Ha contratado a un abogado laboralista que le ha aconsejado la presentación de una demanda por acoso laboral, y así lo ha hecho. Dos semanas después de presentada la demanda, las partes han sido citadas y el Dr. García ha recibido un telegrama del juzgado de lo social, citándolo como "perito".

El Dr. García se enfada al enterarse de la situación, pues tendrá que descitar a todos los pacientes que tiene programados para la mañana del juicio, lo que aumentará su ya larga lista de espera. La semana anterior al juicio ha tenido una entrevista con Carlos. El Dr. García le pregunta por qué ha dado su nombre para que vaya como testigo/perito al juicio. Y Carlos le dice que necesita que le ayude, pues tiene que ir un médico al juicio –y si es psiquiatra, mejor– para confirmar que se encuentra deprimido, y que la depresión que tiene es debida al acoso laboral que está sufriendo.

El Dr. García considera que el problema de Carlos no es debido al acoso, sino a su personalidad neurótica. A esto se une una evidente falta de capacidad para desarrollar determinadas tareas en el trabajo, algo que el propio Carlos le ha reconocido en el pasado. *El Dr. García se siente muy incómodo, ya que no quiere perjudicar a Carlos, pero si dice la verdad le terminará haciendo daño, y teme que la relación terapéutica que tiene con él se deteriore.*

Valores en conflicto

- De una parte está el valor de la veracidad de la declaración pericial y en el ejercicio profesional.
- De otra parte, está el no dañar al paciente y a su familia y evitar en lo posible la pérdida de la relación terapéutica.

Cursos extremos

- Caso de que se opte por respetar el primer grupo de valores sin atención de los otros, se adoptará una actitud totalmente abierta, en la que el médico revelará todos los datos de que dispone sobre el paciente. De esta manera el juez tendrá toda la información posible y podrá dictar mejor una resolución justa. En este caso el médico no tendrá en cuenta el rechazo que tenga el paciente ante su conducta, o que dicha conducta perjudique gravemente los intereses de aquel.
- Caso de que opte por el segundo grupo de valores sin consideración de los primeros, adoptará una actitud totalmente cerrada, alegando si viene al caso el secreto profesional como argumento fundamental para no revelar nada relacionado con el paciente.

Cursos intermedios

- Intentar convencer al paciente de los riesgos que puede suponer que el médico tenga que acudir al juicio, dado que puede verse obligado a revelar datos de su intimidad que, además, podrían perjudicarle en el procedimiento.

- Con el fin de proteger al máximo posible la relación terapéutica con el paciente, el médico podría aclarar previamente con este y con su abogado las preguntas que le van a formular, siempre teniendo en cuenta que las preguntas de la otra parte son desconocidas y no puede establecerse prevención de daños.
- Restringir la revelación de información que pueda resultar perjudicial para los intereses del paciente. En concreto, y en un juicio como este, los datos de antecedentes psiquiátricos previos son muy importantes, ya que los abogados de la empresa intentarán demostrar que los problemas psiquiátricos eran anteriores al conflicto laboral.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

- En estos juicios, cuando hay un interrogatorio muy agresivo al médico por alguna de las partes, suele plantearse la cuestión de si el médico está eximido de la obligación de guardar secreto profesional. En muchos casos el juez no considera que sea necesaria esta exención. Y por ello el médico dispone de cierta libertad a la hora de decidir respecto a la información que suministra.
- Además, en el entorno judicial se asume que la declaración de un médico que mantiene una relación terapéutica con un justiciable tenderá a favorecer a su paciente. Por tanto, no habría inconveniente en que el médico revelara, sin problemas, la información que pueda favorecer al paciente y dificultar la revelación de datos que sabe que sí le pueden perjudicar.

Recomendaciones

- Mantener un diálogo franco, tanto con el paciente como con su abogado, en el que se traten todas las implicaciones que puede tener el hecho de que el médico tenga que ir a declarar en el juicio.
- Es recomendable extremar la prudencia y, en la medida de lo posible, evitar comparecer cuando se pueda perjudicar al paciente.

CASO 13

El problema de los informes médico-legales

Marisa tiene 37 años, es trabajadora social en los Servicios Sociales de un ayuntamiento de cien mil habitantes. Tiene un hijo de cinco años y está atravesando

por un proceso de divorcio muy contencioso. Su todavía marido es conductor de la empresa municipal de transportes de la capital.

Marisa se casó a los 24 años y ha tenido una convivencia feliz con su marido hasta que estuvo embarazada. Entonces empezó a notar que él no la ayudaba en nada, ni la acompañaba al ginecólogo en el seguimiento del embarazo. Cuando el niño nació la situación empeoró, ella tenía que ocuparse de todo lo relacionado con la casa, el cuidado del bebé y hacer su trabajo. Esto provocó tensiones crecientes que terminaron en la ruptura.

En los meses anteriores al cese de convivencia, Marisa realizó un intento de suicidio por sobredosis de benzodiacepinas. Se le hizo un lavado de estómago y permaneció 24 horas en Urgencias, pero no se procedió a su ingreso. Desde entonces acude mensualmente a la consulta de la Dra. Martínez, psiquiatra del Centro de Salud Mental de su distrito. Debido al proceso de divorcio, Marisa ha estado muy estresada, presentando insomnio, anorexia, pérdida de 8 kilos de peso y crisis de ansiedad.

Durante seis meses, Marisa ha tenido un problema de dependencia a benzodiacepinas. La Dra. Martínez ha recibido incluso llamadas de dos farmacias pidiéndole que confirmara si unas recetas eran realmente suyas o no. Les ha pedido que le manden las recetas por fax, y ha comprobado que Marisa le había falsificado la firma. Cuando confronta a Marisa con la situación, le confiesa que se ha vuelto adicta al lormetazepam, del que toma 8-10 mg/día, una dosis que quintuplica la recomendada en la ficha del producto.

La Dra. Martínez consigue reconducir la situación y, con ayuda del Centro de Atención al Drogodependiente, logra que Marisa supere la dependencia.

Dos meses más tarde, Marisa le pide a la Dra. Martínez que le emita un informe con el fin de presentarlo en el Juzgado para demostrar que ella no tiene ningún problema de salud mental y puede tener la custodia de su hijo. Su marido sabe del incidente del intento de suicidio y lo usa como argumento para que el juzgado le otorgue la custodia del niño.

Marisa le pide a la Dra. Martínez que no ponga nada de su problema de dependencia a las benzodiacepinas ya que esto le podría perjudicar para conseguir la custodia de su hijo, que ahora tiene, pero provisionalmente. *La Dra. Martínez se pregunta qué debe hacer.*

Valores en conflicto

- De una parte, está la veracidad del informe médico.
- De otra, el no perjudicar a la paciente, conservando la relación terapéutica con ella.

Cursos extremos

- Realizar un informe lo más extenso posible, incluyendo todos los datos de que se dispone, tanto los que pueden favorecer a la paciente como los que le pueden perjudicar.
- Realizar un informe muy escueto, en el que se incluya el diagnóstico y poco más. Tampoco se entraría en detalles respecto a la trayectoria de la enfermedad y los incidentes que se puedan haber producido.

Cursos intermedios

- En este caso, el psiquiatra habrá podido detectar si hay elementos psicopatológicos que interfieran con la capacidad de la paciente para cuidar adecuadamente de su hijo. La adicción a una benzodiacepina puede impedir a una madre el atender adecuadamente las necesidades de su hijo. Por ejemplo, caso de tomar una cantidad excesiva, padecerá somnolencia y podrá no darse cuenta de algún problema que pueda tener su hijo. Por ello es importante que el psiquiatra analice cómo repercute la adicción a las benzodiacepinas en las habilidades necesarias para cuidar a un menor de cinco años. Para ello tratará de cotejar la información que aporta la paciente sobre su recuperación y el cuidado de su hijo con familiares o allegados. De esta forma mejorará la valoración del psiquiatra de la capacidad actual de la paciente para el cuidado del menor.
- Si el psiquiatra considera que la paciente ha superado su adicción y que no va a haber ningún problema para cuidar de su hijo, entonces podría restringir algo la información. Por ejemplo, en el informe podría poner un mayor énfasis en cómo se encuentra actualmente, frente a cómo ha estado en el pasado.
- El psiquiatra podría plantearse hablar con la paciente para exponerle todas sus dudas y recomendarle que no aporte sus informes, a fin de que él no tenga que acudir al juicio, ya que podría tener que decir algo que pueda perjudicarla. Es frecuente que los pacientes no tengan clara la diferencia entre actuar como testigo o como perito, y que esperen que su psiquiatra acuda al juicio para ayudarles. Para intentar aclarar la situación, podría ser razonable que la paciente autorizara al psiquiatra el hablar con su abogado. En esta conversación con el abogado, el psiquiatra le podría transmitir que podría revelar datos de la paciente que la pueden perjudicar en el juicio. No hay que olvidar que, en los juzgados de familia existen profesionales que se dedican a la realización de informes periciales para responder a estas preguntas. A diferencia del psiquiatra clínico, estos profesionales del juzgado tienen su principal lealtad con el sistema judicial, antes que con la persona evaluada.

- La cantidad de información que el profesional debe reflejar en la historia clínica es distinta a la que debe presentar en el informe. La historia clínica debe contener toda la información relevante, en tanto que en el informe solo debe aportarse la información pertinente a la finalidad con la que se elabora.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

- En primer lugar, hablar con la paciente para explicarle las implicaciones que puede tener que su psiquiatra clínico acuda al juicio. Esta conversación serviría para explicarle la obligación que tiene como médico de ser veraz en los informes que emite y que, restringiendo algunos datos en el informe, este sería claramente inveraz.
- En segundo lugar, analizar el estado actual de la paciente respecto a la consolidación o no de su mejoría en la adicción y de si repercute en las habilidades necesarias para cuidar a un menor de cinco años. Con una idea más precisa del estado actual de la paciente, el psiquiatra puede restringir más o menos la información sobre sus antecedentes personales.
- Si la paciente sigue insistiendo en que acuda al juicio, existe la posibilidad de que el médico hable con su abogado y le explique la obligación que tiene de ser veraz. Se entiende que ser veraz implica incluir en el informe todos los datos que el médico conozca que sean clínicamente relevantes, tanto los que benefician como los que perjudican a la paciente.
- El psiquiatra puede explicar a la paciente y a su abogado que intentará no perjudicarla con su declaración, aunque no se lo puede garantizar ya que no se sabe cómo puede evolucionar el juicio, ni el interrogatorio al que le someterá el abogado de su ex-pareja.

Recomendaciones

- Aclarar a la paciente la diferencia entre un psiquiatra clínico y uno perito, y las implicaciones que tiene.
- Explicar los riesgos que supone el hecho de declarar en el juicio, y cómo puede perjudicar a la paciente.
- En caso de que la orden judicial para declarar sea inevitable, procurar dar información que no perjudique a la paciente, aunque si el interrogatorio es muy insistente, será preciso dar la información requerida.
- Si la situación resulta muy complicada, puede pedirse al juez que aclare si le ha levantado la obligación de guardar el secreto profesional de su actividad clínica en lo relacionado con este caso.

CASO 14

Hospitalización involuntaria ("Obligar al tratamiento o dejar vivir a su aire")

José Luis tiene 38 años, es soltero y tiene, desde su juventud, un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, complicado frecuentemente con abuso de alcohol y, en menor medida, otras drogas. No tiene red social.

Empleado hace tiempo en contratos precarios, la inestabilidad de su situación clínica no le ha permitido mantener una actividad laboral. Dispone de una pequeña pensión social, con la que él mismo gestiona su alojamiento, aunque no es raro que recurra a los servicios del ayuntamiento para personas en riesgos de exclusión.

El seguimiento psiquiátrico ha sido muy irregular; hasta el momento no se ha conseguido adherencia a un tratamiento, ni mantener visitas continuadas con ningún profesional. Se han producido múltiples ingresos agudos por intoxicaciones, gestos suicidas o problemas de salud derivados de la ingesta de alcohol o drogas. También se han promovido ingresos de media estancia, e incluso un ingreso en una unidad de larga estancia (durante casi un año), sin conseguir mantener una mínima estabilidad; en estos casos, fueron ingresos involuntarios, demandando el paciente el alta tras su estabilización física y psíquica, con planes aparentemente adecuados, pero sin continuidad, lo que le conduce finalmente al abandono. La situación tras los ingresos vuelve a ser invariablemente la misma: periodos silentes de semanas o meses, que alternan con periodos de intoxicación o de alteraciones conductuales que motivan nueva intervención sanitaria (a veces a petición del paciente, a veces por intervención de terceros). Hasta el momento no se han detectado problemas cognitivos.

La familia proporciona apoyo práctico durante los ingresos, pero rechaza acogerlo al alta, sobrepasada por sus conductas, ya que estas les han afectado en el pasado. Su deseo es que los ingresos se prolonguen.

Durante un reciente ingreso en un centro de media estancia motivado por una descompensación tras un periodo prolongado de intoxicación etílica, la Dra. Martínez se plantea la posibilidad de un nuevo ingreso involuntario en una unidad de larga estancia. José Luis demanda el alta. *Ante la negativa del enfermo, la Dra. Martínez se pregunta qué debe hacer.*

Valores en conflicto

- Respeto a la autonomía del paciente y a su libertad para elegir el recibir o no tratamiento y el marco en que desea ser tratado.
- La salud del paciente.

Cursos extremos de acción

- Si atendiera exclusivamente a la autonomía del paciente y siendo respetuosa con las manifestaciones de este, la Dra. Martínez procedería al alta hospitalaria.
- Si la Dra. Martínez eligiera proteger al paciente frente a las consecuencias de su enfermedad, la actuación sería un ingreso involuntario en una unidad de larga estancia que garantizara los cuidados y la toma del tratamiento de forma prolongada.

Cursos intermedios de acción

- Evaluar cuidadosamente la capacidad del paciente para la toma de decisiones que conciernen al cuidado de su salud y valorar estrategias para incrementarla si fuera necesario.
- Prolongar brevemente el ingreso en la unidad de media estancia, para negociar con el paciente un plan de seguimiento y cuidados al alta que él acepte y que pueda tener cierta continuidad.
- Valorar su inclusión en mini-residencias u otros dispositivos intermedios que le proporcionen un lugar con cierto nivel de supervisión.
- Coordinar en el medio extrahospitalario un sistema de soporte, tanto social como sanitario, que promueva la adherencia a un seguimiento.
- Tratar de atender el malestar de la familia, para valorar los aspectos en los que pueden colaborar en el apoyo y maximizarlos.
- Limitar las hospitalizaciones involuntarias, que no han resultado efectivas hasta el momento, a aquellos momentos en los que el estado del paciente resulta incompatible con la vida en la comunidad o cuando existan riesgos objetivos.
- Minimizar el riesgo de que terapeutas y dispositivos se "quemen", pudiendo dar lugar al rechazo o al abandono del paciente. En ese sentido, medidas como la rotación de responsables y la implicación de diferentes profesionales, pueden aliviar la sobrecarga que se produce.
- Incluir en el tratamiento estrategias de control en el uso de sustancias.
- Valorar la respuesta a tratamientos combinados de psicofármacos y psicoterapia que, de ser claramente beneficiosa, debería llevar a valorar la posibilidad de promover un tratamiento involuntario ambulatorio.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

- El o los cursos óptimos de acción deben tratar de ser respetuosos, idealmente, con todos los valores en conflicto.

- Es obligado en este caso, dentro del marco descrito, plantearnos el beneficio real que puede obtenerse con las medidas propuestas, los valores que van a ser preservados y dañados, y si existen alternativas.
- En el caso de José Luis, el padecimiento de un trastorno que tiende a ser crónico, con fluctuaciones en las que se producen reagudizaciones sintomáticas, junto con consumos y conductas disruptivas, que ponen en riesgo su salud e incluso puntualmente su vida, nos impulsa a actuar enérgicamente, incluso en contra de su voluntad. Pero superada la situación aguda, la experiencia con José Luis nos dice que una prolongación significativa del tiempo de ingreso, que siempre ha debido unirse a la involuntariedad, no ha generado ningún beneficio real posterior, aunque durante el ingreso, por las condiciones de protección y control, haya estado mejor clínicamente.
- El curso idóneo debería tratar de promover que José Luis pueda ir estableciendo "lazos terapéuticos" y hábitos de vida que le ayuden, con el tiempo, a ir estabilizando su situación, tanto clínica como social, generando una mayor integración. La mayoría de los cursos intermedios propuestos tienen ese objetivo, y podrían formar parte del plan terapéutico de la Dra. Martínez, de forma conjunta o parcial en función de la disponibilidad en cada momento y de la actitud del paciente hacia las propuestas.
- No se descartan medidas incisivas como un ingreso, si la situación puntual lo requiere, pero la ausencia de resultados reales parece orientar hacia la necesidad del esfuerzo, la coordinación y el uso de recursos del medio comunitario.

Recomendaciones

- En pacientes con conductas disruptivas, marginales, adictos o "sin techo", hay que ser muy cuidadosos en evitar la utilización indiscriminada de ingresos involuntarios, sin claro fin terapéutico o sin resultado esperable, solo con el fin de conseguir una especie de paz social o familiar. La indicación de un ingreso debe ser clara (por objetivo terapéutico esperable o en la evitación de un riesgo), más aún si dicho ingreso puede prolongarse (ingresos de media o larga estancia).
- Algunos pacientes, como el del ejemplo, tienen la dificultad añadida de sufrir una patología en la que su capacidad de decidir, cuidarse, etc., fluctúa junto con su enfermedad, alternando periodos de capacidad, incapacidad y capacidad parcial para diferentes cometidos. Evaluar longitudinalmente la situación y promover su participación en el proceso terapéutico en aquellos momentos más estables, parece una buena estrategia. Se hace por ello imprescindible

que los profesionales adquieran pericia en la evaluación de la capacidad de los pacientes para participar en las decisiones que les conciernen.

- El recurso a la judicialización y la involuntariedad debe tener límites, pero tampoco debe evitarse en sujetos gravemente afectados en su capacidad, si facilita su recuperación. El respeto a la autonomía de los pacientes debe equilibrarse con el riesgo de abandono y el cuidado de los enfermos cuando su capacidad está afectada por razones de trastorno.
- A menudo las familias son víctimas del padecimiento (al tiempo que el propio paciente), más aún cuando este es crónico y cuando supone problemas conductuales. Siendo ellas el mejor soporte para el paciente, en la mayoría de los casos, parte de la red terapéutica debe orientarse a minimizar daños y a promover su participación junto con otros agentes sanitarios y sociales.

CASO 15

Mecanismos de protección en el enfermo mental ("Equilibrios entre el abandono y la restricción")

María tiene 36 años y, desde hace 15 años, acude a seguimiento con la Dra. Prieto en el Centro de Salud Mental. Padece un trastorno esquizofrénico, y los sucesivos episodios de la enfermedad han generado algunas dificultades en su funcionamiento cotidiano, que el apoyo de su madre, viuda, y de su hermana, ya casada y con familia propia, han solventado sin demasiadas dificultades.

María atiende bien sus necesidades básicas (autocuidado, estructura de horarios, etc.), mantiene un trabajo protegido, al que se desplaza sin problemas, y tiene un grupo de pares con los que realiza vida social, limitada pero satisfactoria.

La supervisión materna ha sido aceptada todo este tiempo sin demasiadas reticencias.

Almudena, la hermana de María, solicita hablar con la Dra. Prieto. Su madre acaba de fallecer y está preocupada por el devenir de María, a la que acompaña provisionalmente en el domicilio familiar. Afirma que ella no puede hacerse cargo de todas las tareas que asumía su madre (medicación, dinero, control), por las necesidades horarias de su propia familia, y teme que su hermana no la acepte como a su madre. Unos amigos le han comentado que podría incapacitar a María para evitar que abusen de su herencia o que tome decisiones por su cuenta que le puedan perjudicar. Quiere asesoramiento y un informe que le permita iniciar el procedimiento. *La Dra. Prieto tiene dudas de cómo debe enfocar este tema relativo a su paciente.*

Valores en conflicto

- Respeto a la autonomía de María y a su libertad para gestionar en su vida los aspectos que le conciernen.
- La salud y el patrimonio de María.

Cursos extremos de acción

- Abstenerse de ninguna medida, dejando que María siga adelante con su vida en tanto no surjan dificultades.
- Realizar un informe para que la hermana de María, Almudena, pueda promover una incapacitación ante las instancias judiciales correspondientes y proteger así a María ante posibles decisiones problemáticas.

Cursos intermedios de acción

- Valorar con María la nueva situación emocional a la que ahora se enfrenta, su vivencia respecto a la pérdida de quien ha sido hasta ahora su mayor soporte, su madre, y supervisión y apoyo durante el periodo de duelo.
- Comentar con María la nueva situación familiar, sus temores y deseos respecto al futuro e indagar cómo le gustaría que se organizaran los apoyos necesarios, su actitud ante la posibilidad de ser tutelada, así como las personas que considera idóneas para ello.
- Establecer una supervisión cercana, junto con la Trabajadora Social, para determinar con rapidez cualquier cambio clínico desencadenado por la nueva situación y para asegurar que la vida cotidiana se mantiene con un funcionamiento adecuado a sus necesidades. La estabilidad clínica es básica para que la discapacidad no se agrave.
- Establecer una sistemática de evaluación exhaustiva de las áreas de capacidad y discapacidad de María que permita clarificar cuáles son las necesidades de supervisión, las áreas en las que se maneja con plena autonomía y las áreas en las que necesita apoyos externos y en qué grado.
- Trabajar con María y con su hermana Almudena la designación y organización de los recursos (fundaciones tutelares, servicios sociales, gestores administrativos o económicos, dispositivos sanitarios, etc.) que pueden participar en el sistema de soporte.
- Valorar las posibilidades de María para desenvolverse en el domicilio, los apoyos precisos o la necesidad de otro dispositivo de ubicación, comentando con ella las posibilidades y haciéndola partícipe de la decisión.
- Identificar longitudinal y transversalmente los riesgos que genera el trastorno en la vida de María.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

- Como en muchos otros casos, la pérdida para María del referente familiar que constituía su principal soporte, en el marco de un trastorno que ha generado déficits y que puede reagudizarse, incrementa el riesgo de deterioro de su calidad de vida de forma global y también puede provocar que se promuevan medidas de control externo excesivas, en aras a la protección. Buscar el equilibrio entre el respeto a los deseos de los pacientes y la protección frente a riesgos objetivos a la vista de su discapacidad es la finalidad a conseguir por los profesionales que intervienen, en este caso la Dra. Prieto, más aún cuando la historia previa de María muestra una notable adaptación y satisfacción vital, al existir un soporte afectivo y efectivo suficiente.
- El curso óptimo, por tanto, es articular medidas que preserven la vida autónoma de María cuanto sea posible, y generar al mismo tiempo una red de soporte y protección suficiente para conjurar los riesgos razonables. El conjunto de medidas que se proponen en los cursos intermedios, de forma simultánea, sucesiva o alternativa, pueden ayudar a conseguirlo. En todo caso, tener en cuenta los deseos de María y promover su participación en el proceso resulta imprescindible.

Recomendaciones

- El recurso a medidas judiciales de protección no tiene por qué ser la única vía para establecer una red de apoyo a pacientes con dificultades para desarrollar una vida plenamente autónoma, aunque tampoco debe descartarse si la afectación de la capacidad es muy severa o si el paciente lo acepta como parte de las medidas de protección. Hay que tener en cuenta que, en el ámbito judicial, el juez es soberano para determinar o no la existencia de una incapacitación legal y los límites de la misma, aunque los informes generados por los especialistas (junto con la entrevista judicial y el informe médico-forense) van a ser esenciales en las decisiones que se tomen; de ahí la necesidad de que los profesionales realicen informes cuidadosos, adecuados, pertinentes y veraces, cuando sean requeridos a ello.
- El objetivo de las medidas de protección en los pacientes con discapacidad, reflejado en la Convención de Nueva York (Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, BOE 21 abril 2008), es promover su capacitación, establecer un entorno facilitador y un adecuado sistema de apoyos, limitando la sustitución exclusivamente a aquellos ámbitos de desarrollo personal en los que no sea posible dicha capacitación y que sean imprescindibles para evitar riesgos

o para desarrollar una vida de calidad de acuerdo con los criterios del paciente.

- Los profesionales que trabajan con pacientes cuyo trastorno genera discapacidad, deben ser capaces de evaluar (por sí mismos o con la colaboración de otros profesionales) las dificultades que el trastorno genera en el desarrollo de una vida autónoma, así como las áreas en las que el paciente conserva capacidad autónoma de actuación y decisión, de forma que no se genere una interferencia en las áreas de normal desarrollo. Asimismo, deben ser capaces de generar informes comprensibles y de establecer estrategias de coordinación con otros dispositivos que van a ser imprescindibles en estos casos. La dimensión bio-psico-social adquiere en estos casos un protagonismo ineludible.
- A menudo, las familias pueden asumir parte del soporte a un paciente con discapacidad, si reciben, a su vez, ayuda de otros organismos (fundaciones tutelares, servicios sociales, centros intermedios, etc.). El apoyo afectivo es más difícil de conseguir fuera del marco familiar, de ahí la importancia de intervenir en este, escuchar sus temores y limitaciones y promover su participación ("cuidar al cuidador"), mediando en las demandas de los pacientes que puedan superar la disponibilidad de las familias.
- Es importante desmontar el mito de que todo trastorno mental es generador de incapacidad. Las incapacidades en pacientes con trastornos mentales pueden no existir, pueden ser parciales y pueden ser transitorias; además, muchas de las supuestas discapacidades dejan de serlo con medidas de formación, rehabilitación o soportes adecuados. La promoción de la autonomía, limitando la sustitución a los aspectos imprescindibles, es un objetivo importante, que debe contrastarse siempre con una adecuada evaluación de riesgos.

CASO 16

Uso de medidas coercitivas ("La contención: una necesidad terapéutica que se percibe como un suplicio")

Tomás tiene 29 años y padece desde hace cinco un trastorno bipolar. Acaba de ingresar, por segunda vez, en la Unidad de Agudos del Departamento de Psiquiatría, por una descompensación maníaca. En este tiempo ha tenido cinco episodios de enfermedad, pero la familia suele apoyarle bien en el domicilio cuando las fases son depresivas, por lo que estas no han requerido hasta ahora de hospitalización.

El Dr. Álvarez, que ya le trató en el anterior ingreso, recuerda que, en aquella ocasión, la intensa agitación del paciente y su limitada respuesta inicial al tratamiento psicofarmacológico, hicieron necesario que, en dos ocasiones, se realizara

contención mecánica en la habitación designada al efecto. Tomás manifestó con posterioridad que lo había pasado muy mal y que le había resultado "una experiencia traumática", mostrando rechazo y enfado hacia el personal, incluso cuando mejoró clínicamente.

La situación en esta ocasión es similar: Tomás se muestra inquieto, hiperactivo, irritable, muy desorganizado conductualmente y con ideas megalomaníacas y paranoides, que hacen complicada la interacción interpersonal. Se le ha puesto un tratamiento adecuado, pero la respuesta se demora. Todos estos signos permiten prever la alta posibilidad de precisar una contención a corto plazo, para evitar conflictos significativos con el personal o con otros pacientes hospitalizados. *¿Puede el Dr. Álvarez plantearse una medida como esta, sabiendo lo que supone para Tomás?*

Valores en conflicto

- Respeto a la voluntad del paciente de que no se le aplique una medida restrictiva que le produce sufrimiento y limita su libertad.
- La salud y seguridad del paciente y de terceros.

Cursos extremos de acción

- Considerar que Tomás ha expresado su deseo (en una especie de voluntad anticipada respecto a las medidas terapéuticas que acepta y que no acepta) y abstenerse de aplicar la contención mecánica a toda costa.
- Ignorar la opinión del paciente y aplicar la medida como se ha venido haciendo en el Servicio, en función de su estado.

Cursos intermedios de acción

- Establecer una sistemática de evaluación continuada y de intervención a medida con técnicas de desescalada y manejo de conflictos en las conductas agresivas de Tomás.
- Identificar los estímulos que pueden agravar el estado de Tomás e intervenir sobre ellos oportunamente.
- Confirmar el deseo previamente manifestado de Tomás.
- Protocolizar la aplicación las medidas de restricción de forma gradual, de manera que la contención mecánica sea una medida excepcional ineludible en un mínimo porcentaje de ocasiones.
- Tratar de reforzar la contención farmacológica previa a la mecánica.
- Informar a Tomás del carácter excepcional y de *ultima ratio* de la medida de contención.

- Maximizar la formación del personal en el manejo de los riesgos potenciales para el paciente o para terceros en caso de episodios agudos de enfermedad, así como en la aplicación de medidas de contención.
- Establecer un protocolo de seguimiento estricto en caso de aplicación de la medida de contención, para asegurar el control de los riesgos generados por la propia medida y para hacer un acompañamiento de las vivencias del paciente y atender sus necesidades.
- Limitar la aplicación de la medida a los tiempos imprescindibles para manejar los riesgos y promover medidas alternativas.
- Asegurar la formación del personal en el abordaje de las complicaciones físicas y psicológicas que pueden darse durante la aplicación de la medida.
- Trabajar, tanto con el equipo de profesionales como con Tomás, la experiencia de contención, durante y con posterioridad a la aplicación de la medida, valorando también las razones del fracaso de las medidas preventivas.
- Valorar la información/participación de la familia de Tomás en el proceso.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

- La aplicación de medidas restrictivas es una actuación excepcional que se justifica únicamente por un "estado de necesidad" (por grave riesgo de daño para el paciente o para otros). Aplicar una indicación tan escasamente respetuosa con los pacientes (limitando gravemente su libertad y mediante una medida agresiva), debe hacerse tras una estricta valoración de que el riesgo potencial de su no aplicación es muy superior al daño que produce su uso (riesgo para la integridad física o la vida del paciente o de terceros). Su indicación y aplicación no puede llevarse a cabo más que ante la certeza de que no existen medidas alternativas que pudieran alcanzar ese objetivo, que siempre debe ser terapéutico.
- El uso de medidas de contención mecánica se trata, por tanto, de un curso extremo, que debe acompañarse de todas las medidas que puedan prevenir su aplicación, y que, de ser necesaria, minimicen sus consecuencias físicas y psíquicas para los pacientes. Es por ello que la indicación debe plantearse conjuntamente con las diversas actuaciones que se han detallado en los cursos de acción intermedios. Es evidente que los cursos intermedios no resuelven completamente el conflicto inicial de valores, pero sí promueven valores concurrentes como el cuidado al paciente, su seguridad y el acompañamiento en las consecuencias de la aplicación. Tratándose de medidas excepcionales, la formación del personal implicado debe ser, asimismo, de excelencia, de ahí que los cursos de acción relativos a la preparación del personal sean ineludibles.

Recomendaciones

- La aplicación de medidas de restricción, especialmente las más radicales (contención mecánica en habitación aislada), ha sido y son objeto de controversia en el mundo psiquiátrico, además de suponer un estigma para el paciente.
- El criterio de aplicación, en todo caso, debe ser restrictivo, limitado a situaciones excepcionales en las que no existe una alternativa razonable, y siempre por razones terapéuticas, habiendo aplicado previamente todas las medidas preventivas posibles.
- La imposición de medidas de restricción severa en el marco terapéutico solo se justifica en pacientes con descompensaciones clínicas que afectan de manera significativa a su capacidad para controlar su conducta, así como por la existencia de riesgos objetivos para el paciente o para terceros. No cabe su aplicación como "castigo" o por necesidades institucionales (problemas de recursos).
- Otras formas menores de restricción (limitación de salidas, de contactos telefónicos o personales) deben aplicarse de forma prudente, pudiendo en algunos casos responder a necesidades organizativas (será, en todo caso, una limitación parcial) o al estado del paciente. Parece necesario un buen proceso de información a los pacientes sobre las posibles restricciones que se le pueden aplicar, las razones para las mismas y su duración probable, así como la disponibilidad a reevaluar la aplicación de las mismas de forma continuada.
- Los profesionales deben sensibilizarse a las vivencias de los pacientes (y a veces también de los familiares) ante las medidas restrictivas, y abordar con ellos su significado. El marco hospitalario es el lugar donde estas medidas se aplican con mayor frecuencia y donde los profesionales deben garantizar la formación del personal en su aplicación.
- Toda medida restrictiva en el marco terapéutico debe tener sentido y objetivo, debe ser evaluable, revisable y tener un seguimiento, y debe conllevar formación del personal e información a quien se aplica. La aplicación del criterio riesgo-beneficio es, probablemente, el eje de su indicación, pero existen otros valores que deben ser considerados en cada caso (percepción del paciente o su familia, consecuencias y riesgos de la propia medida, preparación y vivencia del propio equipo, etc.).
- La protocolización (y la revisión de los protocolos con suficiente periodicidad) de la medidas restrictivas genera garantías de aplicación.

Problemas éticos en psicoterapia

CASO 17

Limitaciones de los procedimientos, adecuación, complementariedad de los tratamientos

El Sr. Hernández padece un trastorno obsesivo-compulsivo que le está limitando mucho su funcionalidad en diversos aspectos de la vida, tanto en el ámbito personal como en el familiar, laboral y social. Pierde mucho tiempo en comprobaciones repetidas y rituales, lo que le supone un gran agotamiento personal y tensiones con su entorno.

Acude a terapia con la Dra. Fernández, psiquiatra y psicoterapeuta. A pesar de que lleva dos años en terapia, los avances del Sr. Hernández han sido mínimos y se detecta un alto grado de sufrimiento psíquico. A lo largo de ese tiempo, en varias ocasiones le pide a la Dra. Fernández que le dé alguna indicación o estrategia práctica de cómo afrontar sus compulsiones. La Dra. Fernández valora que no es oportuno responder a esta demanda de pautas de acción concretas. Desde el punto de vista del enfoque psicoterapéutico que ella sigue, es esperable que los síntomas remitan a medio-largo plazo, como consecuencia de la transformación de su funcionamiento psíquico a través de la relación terapéutica y de la ampliación de la conciencia del paciente respecto a las auténticas motivaciones que encubren sus síntomas.

La Dra. Fernández le ha explicado su metodología de trabajo y le ha comentado que existen otras modalidades de psicoterapia que, si bien ella considera que a largo plazo obtienen una reestructuración psíquica menos profunda, sí han demostrado mayor evidencia en la eliminación de los síntomas a corto plazo.

El Sr. Hernández, por otro lado, manifiesta que, aunque se siente frustrado por la escasa mejoría, se ha sentido bien acogido por la Dra. y valora positivamente el vínculo terapéutico establecido con ella.

¿Debería sugerir al paciente la conveniencia de derivarle a otro terapeuta con otra orientación que pudiese ser más eficaz?

Valores en conflicto

- De una parte está el vínculo terapéutico establecido con el paciente que, sin duda, tiene efectos muy positivos para él.
- De otra, la necesidad de procurarle la terapia más eficaz para su trastorno obsesivo-compulsivo y, de ese modo, aliviar de forma más rápida y efectiva su sufrimiento.

Cursos extremos de acción

- Si se opta por promover el primero de los valores en juego sin atender al segundo, el curso será el mantenimiento de la estrategia terapéutica actual, planteando al paciente que no debe desanimarse ante la aparente falta de avance y mejora.
- En caso de optar en exclusiva por el segundo de los valores en juego, el curso de acción consistirá en retirarse del caso, dejando libertad al paciente para que pueda buscar otro terapeuta.

Cursos intermedios

- Intentar incrementar la confianza del paciente, proporcionándole información de las características del trastorno que sufre, explicándole qué tipo de estrategia terapéutica se está empleando y pactando con él el curso terapéutico que se va a seguir, especificando los motivos de la escasa mejoría alcanzada hasta la fecha, los resultados terapéuticos intermedios y a largo plazo que se espera conseguir, y las posibilidades de mejoría o recuperación de la funcionalidad, sin generar expectativas falsas.
- Comentar con el paciente la existencia de otras terapias para dolencias semejantes a la suya, que la profesional no practica pero conoce teóricamente en profundidad. Explicarle la diferencia en metodología y resultados con el enfoque que se está siguiendo actualmente y ofrecer la posibilidad de solicitar una segunda opinión a otro colega.
- Derivar el paciente a un colega de confianza que practique esta otra modalidad de psicoterapia.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

- Después de la franca exposición de la modalidad de tratamiento que se está desarrollando y de la existencia de otras modalidades de psicoterapia (con las metodologías y resultados esperables a medio y largo plazo de todas ellas) se debe acompañar al paciente en el proceso de toma de decisiones sobre si:
  a) Continuar con el tratamiento actual.

b) Cambiar de terapeuta, con posibilidad (una vez controlados los síntomas) de retomar la terapia actual, para una mayor profundización en el autoconocimiento de su psiquismo.
c) Optar por un tratamiento combinado. Esta posibilidad solo debe ofrecerse si para la profesional es posible dicha coordinación.

- La profesional debe comentar los pros y contras que ella ve en cada una de las opciones, cuál es la opción por la que ella se inclina y desde ahí acompañar al paciente en su proceso de toma de decisiones.

Recomendaciones

- El objetivo de todo tratamiento psicoterapéutico es incrementar, hasta donde sea posible, el bienestar psíquico disminuido de la persona-paciente que acude a consulta, colaborando en la recuperación hasta el máximo de funcionalidad posible.
- La diferencia esencial entre los distintos modelos psicoterapéuticos es doble: de orden epistemológico (concepción sobre el origen o modo de gestación de los trastornos psíquicos) y de orden práctico (estrategias prácticas o modos de abordaje terapéutico).
- No todos los sistemas o modelos de psicoterapia son aplicables y/o efectivos en todos los trastornos psíquicos.
- No existe un único modo de psicoterapia para cada tipo de trastorno psíquico. Esto no siempre lo conocen los pacientes.
- Algunos modelos tienen una indicación terapéutica más contrastada o demostrada en ciertos trastornos psíquicos concretos; esto ha de ser conocido por todos los profesionales, aunque no practiquen todos los modelos.
- Sea cual sea el sistema psicoterapéutico que el profesional practique, ha de estar suficientemente capacitado para ello. La capacitación en psicoterapia tiene unos requisitos comunes a todas las orientaciones y otros requisitos específicos de cada modalidad.
- Practicar un tipo específico de terapia (más o menos rigurosamente adscrita a un modelo psicoterapéutico determinado) no exime de estar al día de la existencia de otros modos de terapia, de sus indicaciones y efectividad.
- Los pacientes tienen derecho a disponer de información sobre el tratamiento que están siguiendo, su metodología, los resultados esperables y la temporalidad en la que estos pueden obtenerse. Conviene informar al paciente del pronóstico, plazos razonables para observar mejoría clínica, posibilidad de reevaluar resultados y alternativas de tratamiento.

- Hay que escuchar las necesidades y expectativas del paciente; si solicita que se le den indicaciones, orientaciones o estrategias de afrontamiento, conviene aportarlas y, caso de no considerarlo conveniente, aclarar la razón de no hacerlo.
- Si se conoce la existencia de otro modo de psicoterapia que pudiese adaptarse mejor a las necesidades y expectativas del paciente, debe valorarse recomendar y facilitar el contacto con otro profesional que lo practique.
- Todo profesional debe ser consciente de sus propias limitaciones y huir de los riesgos de la obstinación y de la "tentación de omnipotencia".
- Cuando se ha establecido un vínculo terapéutico, no hay que subestimar el valor de dicho vínculo, así como el coste que supone para el paciente el comenzar de nuevo con otro terapeuta. Por ello debe ofrecerse siempre la posibilidad de retomar la terapia si en un futuro el paciente así lo quisiera.
- Cuando se produce una derivación a otro profesional, debe garantizarse que la transmisión de información clínica se hará de manera acordada con el paciente.
- Conviene valorar la posibilidad de diseñar tratamientos combinados, en los que distintas modalidades de psicoterapia, practicadas por terapeutas de modo coordinado, pueden aumentar la calidad de los resultados.
- Persisten aún ciertos mitos entre terapeutas formados en una determinada orientación, que les llevan a desarrollar prejuicios respecto a las otras orientaciones. Creemos que este riesgo debe prevenirse en la formación de los nuevos profesionales, asegurando un buen conocimiento de las distintas modalidades en psicoterapia. Dos expresiones de esa estereotipia entre modalidades psicoterapéuticas, favorecidas por la rivalidad entre escuelas, son: "con ese tipo de enfoque se mantiene al paciente en una terapia eterna que no aporta soluciones reales o prácticas"; o "con tal tipo de terapia se alivian los síntomas pero, como no se aborda el fondo del problema, tarde o temprano reaparecerá el conflicto, quizá con otra presentación sintomática."

CASO 18

Límites de la competencia profesional y necesidad de formación continuada

La Sra. Martínez sufrió hace año y medio un grave accidente de tráfico en el que falleció un familiar que viajaba con ella. Después de meses de intenso malestar, decidió consultar con el Dr. Marcos, psicólogo y psicoterapeuta. Tras detectar que se trataba de un caso grave de Trastorno por Estrés Postraumático y, tras varias

entrevistas con la paciente, al Dr. Marcos le entraron dudas sobre su competencia profesional para abordarlo y resolverlo, ya que estaba en el segundo año de formación en técnicas para el tratamiento del trastorno por estrés postraumático y, aunque aún no tenía mucha experiencia en la aplicación de estas técnicas, si poseía una larga experiencia como psicoterapeuta, lo que le hacía pensar que, con la debida supervisión del caso y, dado que en las primeras entrevistas había establecido un buen vínculo con su paciente, podría hacerse cargo del caso. No obstante, se sentía mal por no haber comentado la fase real de su entrenamiento con el paciente, lo que le llevó a plantearse la cuestión de qué debía hacer.

¿Debería desvelar esta circunstancia a su paciente para que ella pudiese decidir si hacer o no la terapia con el Dr. Marcos?

Valores en conflicto

Un conflicto exige siempre la presencia de dos o más valores positivos que resultan incompatibles entre sí. En este caso, los valores en conflicto son:

- De una parte, la autonomía del paciente y la integridad profesional.
- De otra parte, el no romper el vínculo positivo que se ha establecido con él y que puede llevar a este a tomar decisiones perjudiciales, no solo para el profesional sino también para el propio paciente.

Cursos extremos de acción

- Revelar la poca experiencia del profesional en las técnicas aplicables a ese tipo de trastornos y negarse a atenderle.
- Mantener la relación terapéutica, sin desvelar con claridad las limitaciones de conocimiento y de habilidades en la aplicación de las técnicas que se aplican a ese tipo de situaciones.

Cursos intermedios

- Aclarar a la paciente el estado actual de conocimientos del terapeuta en cuanto al tratamiento de trastornos de estrés postraumático y darle la opción de elegir.
- Informarla del interés en seguir atendiéndole, hasta donde se sienta suficientemente competente.
- Informarla de la existencia de otras técnicas y otros profesionales especializados en esa patología, para que la paciente pueda hacer su proceso de toma de decisiones con la información oportuna.
- Buscar ayuda complementaria de otro profesional competente en la materia.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

- Franqueza y transparencia en la información. Honestidad en el desvelamiento de la propia competencia, su potencial y sus limitaciones.
- Aclarar a la paciente que, aun encontrándose en proceso de formación, está supervisando su tarea con otro profesional más experto, y que con este soporte se considera capacitado para atenderla.
- Informarle de la existencia de otros profesionales con mayor maestría en la aplicación de las técnicas que el terapeuta está aprendiendo a aplicar, y también de las diferentes técnicas existentes para el tratamiento de su problema.
- Recordar a la paciente que, puesto que solo han hecho las primeras entrevistas y, aunque han establecido un buen vínculo, tiene derecho a elegir continuar con otro terapeuta más capacitado en el tratamiento de su problema, y que en ese caso será acompañada en el proceso para que la derivación se realice en las condiciones óptimas.

Recomendaciones

- Los casos que excedan nuestra competencia como terapeutas o nuestro ámbito de aplicación deben derivarse desde un principio.
- Los psicoterapeutas en formación pueden llevar casos bajo revisión y tutela de su supervisor, quien asume la corresponsabilidad de tales casos. Un psicoterapeuta en formación nunca debe aventurarse a llevar casos sin supervisión.
- Los psicoterapeutas expertos que se están entrenando en nuevas metodologías, si llevan casos en los que aplican la metodología que están aprendiendo, también deben hacerlo bajo la adecuada supervisión.
- Hay que considerar que la competencia profesional plena nunca se acaba de adquirir, pues es connatural a las profesiones científicas el estar en continuo proceso de formación, actualización y mejora y, por consiguiente, la actualización de la competencia profesional y la formación continuada es un deber intrínseco a la profesión de psicoterapeuta.
- Es importante no considerar que, con el entrenamiento que tenemos como terapeutas, podemos tratar todos los casos, por lo que resulta necesario estar bien informados de los nuevos tratamientos que van desarrollándose, para hacer las derivaciones oportunas cuando estén indicadas esas nuevas metodologías que se hallan fuera de nuestra competencia.
- Las modalidades, metodologías y técnicas en psicoterapia son múltiples e inabarcables por un único psicoterapeuta. De ahí la necesidad de la interdependencia

entre profesionales y el tener una red de trabajo rica en diversidad interdisciplinar e intermodal, que haga posible la complementariedad entre las distintas intervenciones psicoterapéuticas en tratamientos simultáneos o sucesivos, y la adecuada derivación entre profesionales con distintas competencias y capacitación.

- Hay que tener en consideración que el paciente que inicia una psicoterapia, tras el imprescindible proceso de evaluación psicopatológica tiene derecho a ser informado de: la valoración diagnóstica de su problema (Incluyendo características y curso del trastorno), del plan de tratamiento (objetivos terapéuticos, metas, procedimientos o técnicas que se emplearán, etc.), los posibles riesgos y beneficios esperables, y en qué plazos, así como alternativas al tratamiento propuesto, y (si es el caso) la escuela o modelo psicoterapéutico a la que se adscribe el terapeuta.
- El proporcionar desde el principio esta información a los pacientes es necesario para hacer de la psicoterapia un ejercicio profesional transparente y para empoderar a los pacientes en la toma de decisiones informadas sobre la elección del psicoterapeuta y de la modalidad de psicoterapia.
- Conviene saber que muchos casos, por su complejidad, requieren de varios modos de intervención complementarios (p. ej.: complementariedad entre distintas intervenciones psicoterapéuticas simultaneas o sucesivas, o psicoterapia más psicofármacos) y que si esto supone la intervención de varios profesionales, ha de darse una fluida comunicación y colaboración entre ellos.
- La necesidad de "mantener la clientela" nunca puede justificar una mala o mediocre práctica profesional, y hay que considerar que esta ambición puede condicionar en el terapeuta una "sobrevaloración optimista" de sus propias capacidades; la solución a esto pasaría por una permanente actitud autocrítica y una adecuada supervisión externa de la práctica profesional.
- El aislamiento es uno de los mayores riesgos de la deriva inadvertida hacia una práctica profesional de menor calidad. La supervisión de los casos que lleva un psicoterapeuta en formación debe ser continuada, y periódica en los casos de psicoterapeutas expertos, entre los que se deben desarrollar grupos de supervisión con profesionales de mayor maestría, o de revisión colaborativa entre expertos.

CASO 19

El peligro de la derivación de los pacientes públicos a la propia consulta privada, aduciendo posibles beneficios terapéuticos

La Dra. García es psicólogo clínico de un Centro de Salud Mental de un Servicio Público de Salud. Por el volumen de casos que se atienden en el CSM, las consultas de seguimiento suelen ser de una frecuencia no menor a los 40 días. Atiende allí desde hace 6 meses al Sr. González, quien presenta un trastorno de ansiedad de larga evolución que le genera gran malestar y dificultades en la vida social.

Tras las cinco visitas que hasta ahora ha realizado, han logrado establecer una buena relación terapéutica, pero la Dra. García ve que la cadencia de visitas a que se ve obligada por las circunstancias limitará o demorará los avances. Considera que una psicoterapia intensiva, no muy prolongada pero con consultas de frecuencia semanal, podría reportar al paciente una gran mejoría. Sabe que el Sr. González tiene una situación económica estable y relativamente desahogada y que seguramente podría beneficiarse de una psicoterapia de ese tipo en el ámbito privado.

La Dra. García trabaja 3 tardes a la semana en un gabinete privado de psicoterapia y duda si debe comentarle la opción de la terapia privada, pues teme que, si lo aceptase el Sr. González, querría que le atendiera ella misma en su gabinete y no sabe si esto es correcto.

Valores en conflicto

- De una parte está el valor de la salud y el bienestar del paciente, que podría beneficiarse de la psicoterapia llevada a cabo con mayor frecuencia de la que resulta posible en el Centro de Salud Mental.
- De otra parte está el valor de la profesionalidad o integridad profesional, que puede verse manchada caso de que el paciente quiera ir a su consulta privada, lo que podrá ser interpretado como una derivación de pacientes públicos hacia su consulta privada.

Cursos extremos de acción

- Invitar al paciente a acudir a su consulta privada, en la convicción de que puede resultar beneficioso para su salud.
- Mantener la asistencia en el medio público, sin desvelar los posibles perjuicios derivados de sus carencias por motivos estructurales.

Cursos intermedios

- Desvelar las limitaciones y ventajas del contexto terapéutico público.
- Asegurar que, a pesar de las limitaciones del sistema público, se le atenderá con el máximo interés y la calidad posible.
- Informar acerca del posible beneficio de utilizar otro tipo de terapia más intensiva.
- No incurrir en la "auto-derivación" a la propia consulta privada.

- Si el paciente pregunta por la posibilidad de que el psicólogo atienda privadamente casos como el suyo, señalar que esto generaría un conflicto ético para el profesional, por lo que preferiría que explorase la opción de visitar a otros profesionales privados recomendados por la psicoterapeuta, y garantizándole que será acompañado durante su proceso de toma de decisiones y hasta que concluya el proceso de derivación.
- Evaluar la entidad del daño causado por el retraso de la atención en el sistema público.
- Remitir a la propia consulta privada.
- Derivar a la consulta privada de otro terapeuta.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

- Poner en práctica los cursos intermedios en el orden señalado.

Recomendaciones

- Todo profesional tiene el deber de informar acerca de las precariedades o fallas del sistema asistencial en que trabaje, cuando estas afectan a la posible mejoría del paciente.
- No existe un sistema, público o privado, perfecto. En cada ámbito asistencial, el psicoterapeuta ha de contar con las limitaciones de uno u otro tipo de asistencia y adaptar su práctica profesional a los modos más adecuados y eficientes para un sistema de recursos limitados. En este sentido, parece conveniente el entrenamiento en técnicas de intervención breve, técnicas grupales, técnicas de intervención coordinadas con Atención Primaria, modos de gestión eficiente de la agenda de citas, evitación de tratamientos *sine die*, fomentando tratamientos de tiempo limitado (pactados con los pacientes), etc.
- Conviene ofrecer al paciente con claridad todas las alternativas existentes en el sistema público y privado, y acompañarle en su proceso de toma de decisiones, con conocimiento de los pros y contras de cada opción existente.
- También debe informarse del posible conflicto de interés que supone trabajar a la vez en la pública y en la privada.

CASO 20

Integridad, relación terapéutica y respeto de los límites del rol profesional

El Dr. Sánchez, psicoterapeuta, atiende desde hace años a la Sra. Sanchís, quien padece un trastorno de la personalidad que ha mejorado mucho a lo largo de la terapia, que tiene lugar en sesiones de frecuencia semanal; no obstante, ambos están de acuerdo en que, para asentar e incrementar la mejoría, la terapia habrá de prolongarse bastante tiempo aún.

El Dr. Sánchez, desde hace meses, se siente muy atraído por la paciente. Sus sentimientos están siendo más intensos aún desde que fue abandonado por su pareja. Atormentado por esa atracción, se lo ha comentado a su supervisor pero, a pesar de sus buenas orientaciones, él no puede abstraerse de las emociones que le despierta la paciente y teme perder el control de la situación y saltarse los límites (en una ocasión ya aceptó realizar una "consulta de urgencia" a solicitud de la paciente, un sábado en una cafetería).

Su supervisor clínico le ha aconsejado derivar a la paciente a otro colega. Pero él teme que, si ahora suspende la terapia y deriva el caso a otro colega, la paciente pueda empeorar, además de que no sabe cómo elaborar con la paciente la derivación.

Valores en conflicto

- De una parte, está el afecto que le une a su paciente, que él considera importante, no solo desde el punto de vista personal sino también desde el profesional, ya que puede redundar en beneficio para la salud de la paciente.
- De otra, la integridad profesional o la profesionalidad y, por tanto, la necesidad de distinguir esos dos ámbitos, el personal y el profesional, no traspasando los límites, ni involucrando cuestiones personales, sobre todo si son afectivas, en la relación profesional con la paciente; es decir, no dañando al paciente mediante una contratransferencia no controlada por pérdida de límites entre lo profesional y lo personal (*primum non nocere*).

Cursos extremos de acción

- Dejar estar la situación y aceptar como natural que surjan en el terapeuta deseos hacia la paciente, minimizando o negando las señales de alarma ante un posible desbordamiento del terapeuta.
- Concluir la relación terapéutica para evitar una pérdida de control y derivar el caso a otro profesional.

Cursos intermedios

- Si los sentimientos de atracción del psicoterapeuta hacia la paciente continúan siendo un obstáculo para la correcta marcha de la terapia, o si el psicoterapeuta

valora que su riesgo de pérdida de control es relevante y no se aminora, plantear la conveniencia de una discontinuación progresiva de la terapia que dañe lo menos posible a la paciente.
- Desvelar –del modo más delicado posible– la incapacidad de seguir atendiéndole (p. ej., derivar a la paciente a otro profesional, elaborando los avances conseguidos hasta la fecha e indicando la conveniencia de cambiar de terapeuta ya que, debido a la larga duración del tratamiento ya realizado, se considera que será más beneficioso para la paciente trabajar los asuntos que le quedan pendientes con otro terapeuta, que podrá aportar perspectivas nuevas).
- Previo acuerdo con la paciente, facilitarle la derivación a otro profesional, haciendo una auto-revelación honesta de la situación de vulnerabilidad emocional en la que se encuentra debido a su reciente ruptura afectiva, e indicando que, en estas circunstancias considera que, derivándole a otro profesional, la paciente se beneficiará más de la nueva terapia, donde la atención que recibirá será más adecuada.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

- El curso óptimo ha de ser aquel que persiga y consiga no lesionar ninguno de los valores en conflicto y que, por tanto, busque no dañar a la paciente ni en su persona ni en su evolución, y que también resulte lo menos lesivo posible para la vida emocional del terapeuta. Ello requiere reflexión y capacidad crítica, así como supervisión cuando ello sea necesario.
- El tema de la auto-revelación de los sentimientos del terapeuta es muy delicado, y su conveniencia o no debe decidirse teniendo en cuenta la valoración del psicoterapeuta acerca de la capacidad de elaboración de la paciente y también el propio estilo personal del terapeuta y la congruencia con el estilo de comunicación establecido a lo largo de la relación terapéutica.
- Es obvio que el evitar el daño para la paciente exige su derivación a otro psicoterapeuta. Eso permitirá al Dr. Sánchez tomar distancia respecto del problema y, quizá, plantearse un nuevo tipo de relación con la paciente que, en cualquier caso, ya no será profesional ni terapéutica.

Recomendaciones

- La contratransferencia está conformada por el conjunto de emociones y sentimientos que experimenta el profesional hacia el paciente en el contexto de la relación terapéutica. Se trata de emociones y sentimientos que pueden ser

positivos (afecto, aceptación, simpatía, atracción, etc.), negativos (desagrado, rechazo, antipatía, etc.) o de indiferencia (cuando lo que se siente es apatía o falta de interés hacia un paciente).

- La contratransferencia tiene su origen en la subjetividad del paciente, en la subjetividad del terapeuta y en la interacción entre ambas subjetividades en la relación terapéutica.
- El fenómeno de la contratransferencia es de crucial importancia en toda relación psicoterapéutica y su correcta elaboración por parte del terapeuta –con la supervisión adecuada– es una de las fuentes fundamentales de comprensión del proceso psicoterapéutico.
- El correcto manejo de la inevitable vivencia contratransferencial en toda relación psicoterapéutica pasa por la toma de conciencia de su existencia, su instrumentalización como fuente de comprensión para el correcto diseño de las intervenciones psicoterapéuticas (con sensibilidad hacia los distintos estadios que atraviesa una relación terapéutica) y la evitación de acciones o situaciones que puedan distorsionar la marcha de la terapia, mermar la excelencia en la atención profesional proporcionada e, incluso, dañar al paciente.
- Cada psicoterapeuta debe poder diferenciar, con la ayuda de una supervisión pertinente, hasta qué punto la contratransferencia se está produciendo como una resonancia de los conflictos del paciente o hasta qué punto procede más bien de los conflictos irresueltos del propio terapeuta y de la etapa vital que este atraviesa.
- En el caso de que la contratransferencia proceda principalmente de los conflictos irresueltos del terapeuta, este ha de poder dirimir con su supervisor hasta qué punto se siente capaz de trabajarlos en supervisión, durante la marcha de un tratamiento en curso, o hasta qué punto ambos consideran más adecuada una derivación del caso a otro profesional.
- En el supuesto de que la derivación se vea como la opción más adecuada, debe hacerse –en la medida de lo posible– progresivamente y garantizando al paciente una transmisión de la información –pactada entre terapeuta y paciente– al nuevo terapeuta, ofreciendo la posibilidad de hacer algunas sesiones de transición, conjuntas con los dos terapeutas y la paciente.
- La conveniencia o no de auto-revelar el conflicto contratransferencial del terapeuta, debe decidirse teniendo en cuenta los siguientes factores: el grado de madurez, la complejidad cognitiva y los recursos emocionales del paciente, el estilo comunicativo y relacional seguido en el curso del tratamiento, y no

exclusivamente como respuesta a las necesidades comunicativas del terapeuta.

- Si se considerase que la auto-revelación puede resultar perturbadora y dejar indefenso o desesperanzado al paciente, puede argumentarse que, teniendo la sensación de no saber cómo ayudar mejor al paciente, se considera más adecuada la derivación a otro terapeuta, que pueda aportar nuevos enfoques.
- Si se piensa que el paciente tiene recursos para una elaboración compleja del vínculo, la auto-revelación puede servir para elaborar los conflictos interpersonales con honestidad, ayudando al paciente a entender el manejo adecuado de las limitaciones que todos los seres humanos tenemos.

CASO 21

Respeto a la privacidad, confidencialidad y alianza terapéutica

Durante su formación como psiquiatra, el Dr. Rodríguez mantuvo amistad con el Dr. Ramírez, que realizaba su residencia de Medicina Interna en el mismo hospital. A la par que hacía su residencia, el Dr. Rodríguez recibió formación específica y acreditación en Psicoterapia Integrada.

Trascurridos varios años de ejercicio profesional, recibió la visita de su colega, el Dr. Ramírez, quien le solicitó que atendiese a su esposa, pues creía que estaba pasando por un proceso depresivo. Aceptado el caso, meses después de iniciado el tratamiento, tras un periodo de vacaciones en que no ha tenido contacto con su paciente, el Dr. Ramírez visita al Dr. Rodríguez para interesarse por la marcha de la terapia de su esposa. Le comenta que, aunque aprecia que ha experimentado avances, duda si la capacidad de cuidado de los hijos que tiene su mujer es la adecuada. El Dr. Rodríguez le expresa sus reticencias a comentarle nada referido a su esposa, teniendo en cuenta el deber y el acuerdo de confidencialidad que está obligado a mantener, pero en la distendida conversación entre colegas, acaba desvelando algunos detalles de las entrevistas con su paciente.

Preocupado por esto, se pregunta cuál debería haber sido su conducta en esa situación y cuál debería ser su intervención al respecto con su paciente.

Valores en conflicto

- De una parte están la confidencialidad y la privacidad de la información clínica.
- De otra, el valor de la amistad y la relación entre colegas de la profesión.

Cursos extremos de acción

- Si se opta por proteger el primer valor en exclusiva, el Dr. Rodríguez se negará a proporcionar cualquier tipo de información a su colega, aduciendo su deber de secreto profesional.
- En caso de optar por el segundo valor, el Dr. Rodríguez considerará que la confidencialidad y el secreto no rigen entre colegas y amigos, y le comunicará todos los datos que le solicite sobre su esposa.

Cursos intermedios

- Propiciar una conversación con su colega, aclarándole que no ha sido correcta su debilidad al aportarle información sin consentimiento previo de la interesada y que no debe usar lo comentado en contra de los intereses de su esposa. Asimismo, aclarar que no podrá hablar de nuevo sobre ella sin que esta lo autorice expresamente.
- Desvelar a la paciente que su marido se ha interesado por la valoración de su estado psíquico y que ha cometido el error de revelar algún detalle de la marcha de la terapia, especificando cuál. Elaborar con la paciente este fallo, asegurándole que no volverá a ocurrir y que así se lo ha comunicado a su marido.
- Confesar a la paciente su indiscreción, reconocer abiertamente que esto ha sido un fallo por su parte y proponer una sesión de pareja para tratar esta situación abiertamente y en profundidad y, a partir de ahí, aclarar que la única manera de que el marido pueda tener acceso a información alguna sobre la marcha del tratamiento de su mujer será en sesiones de pareja, previo consentimiento de la paciente y con los límites que ella desee poner.
- Si se diese el hipotético caso de que le fuese solicitada por parte de su marido o por el abogado de este información escrita o declaración oral ante un juzgado por haber entrado en proceso de separación (y tal vez de litigio sobre la idoneidad de la custodia de los hijos), negarse a aportar información alguna sin previa autorización de la paciente, amparándose en criterios de confidencialidad debida. Caso distinto sería si fuere el propio juez quien pidiera la información.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

- Aunque cabe la posibilidad de que la indiscreción en los comentarios ya haya podido producir algún daño, seguir los cursos intermedios que se anotan arriba puede ayudar a aminorarlos y evitar que se produzca algún otro.
- Especialmente importante es que, tras pedir disculpas por el error, se intente elaborar el conflicto en sesiones de pareja.

Recomendaciones

- La confidencialidad en el manejo de la información clínica (tema al que se dedicó el primer volumen de esta serie de documentos de la Fundación de Ciencias de la Salud) es especialmente delicada en el caso de la atención a las personas con problemas psíquicos.
- En la relación psicoterapéutica se accede verbalmente a lo más íntimo de la vida de los sujetos, trabajándose no solo con la realidad de la vida de los pacientes, sino también con todos los aspectos de su subjetividad: emociones, deseos, fantasías, anhelos, temores, etc.
- Todo lo referido al uso de la información sobre la persona en tratamiento ha de ser negociado y aclarado con esta. La trasparencia en la relación paciente-terapeuta debe ser la norma y la discreción el norte que guíe todo uso posible de la información clínica.
- Cuando se tema que puede haber un uso espurio de la información fuera del contexto clínico, se ha de ser especialmente cauto.
- Los familiares solo pueden acceder a aquella información que haya sido autorizada por el paciente.
- En el caso de una persona transitoria o permanentemente incapaz para tomar decisiones sobre sus cuidados de salud, solo se compartirán aquellas informaciones que se consideren imprescindibles para la mejor atención clínica, y siempre informando al paciente previamente de la necesidad de desvelamiento de esta información parcial.
- En el caso de que la transmisión de información a familiares se haga en una situación de urgencia (por detectar algún riesgo grave), se informará posteriormente de este hecho al paciente y se le ofrecerá la oportunidad de tener sesiones familiares para elaborar conjuntamente este suceso.
- Uno de los espacios de mayor riesgo de indiscreción es el de la relación entre profesionales (comentarios sobre casos que se están atendiendo, sesiones clínicas, publicaciones científicas). En tales contextos se ha de ser especialmente cuidadoso y discreto.
- Actualmente, la psicoterapia está evolucionando cada vez más hacia la posibilidad de incluir a los miembros del sistema familiar y relacional del paciente en momentos puntuales de la terapia, incluso aunque el enfoque terapéutico no sea propiamente sistémico o familiar. Es de interés contar con esta posibilidad, ofrecerla a los pacientes y estar abiertos a que, o bien sean los pacientes mismos los que sugieran esta necesidad, o bien haya alguna solicitud por parte de algún

familiar de entrar en contacto con el terapeuta. En este último caso se hará saber al familiar que en principio no puede desvelarse ninguna información, pero que su solicitud será tratada con el paciente y que, si este accede, se podrá trabajar el tema en alguna sesión familiar.
- Ante la demanda de informes clínicos, el profesional debe tener siempre en cuenta que solo se han de proporcionar tras la explícita solicitud del interesado y explicitando la finalidad para la que es requerido el informe.
- En los casos en los que los clientes evolucionen hacia una separación judicializada, el psicoterapeuta deberá informar acerca de la posibilidad de la mediación, como alternativa al litigio.

CASO 22

Multiculturalidad, sociedad plural y respeto de la diversidad

La Dra. Blanco es psicóloga y colabora con una organización no gubernamental destinada a promocionar la integración de los ciudadanos inmigrantes en situaciones de desamparo. Se ocupa de realizar apoyo psicológico y psicoterapéutico, cuando es necesario, en formato de atención individual y/o grupal, tanto a los usuarios como a los profesionales de una casa de acogida que coordina esa ONG.

Los profesionales socioeducativos de la casa de acogida informan a la Dra. Blanco de que una de las usuarias, Aisha, no hace ningún esfuerzo por desarrollar su propia autonomía. No quiere integrarse, al contrario de lo que hacen las otras usuarias, en el programa de apoyo para la búsqueda de empleo que proporciona la casa de acogida. Permanece continuamente en la casa atendiendo a su hijo, a quien cuida con esmero; sus relaciones sociales con las otras usuarias son buenas. Los profesionales socioeducativos atribuyen su falta de motivación a una actitud de aparente no colaboración.

Entrevistada esta usuaria, la Dra. Blanco no detecta síntomas claros de ningún trastorno psíquico, aunque sí algunos síntomas subclínicos de ansiedad y de depresión.

Informa de esto a los encargados de la casa de acogida, y en una reunión conjunta se preguntan qué decisión tomar al respecto.

Valores en conflicto

- De una parte, están la autodeterminación y autonomía de la usuaria.
- De otra, la equidad o igualdad de trato con las otras usuarias de la casa de acogida, así como los valores institucionales de la casa de acogida, entre los cuales

está el procurar que las personas que atienden busquen empleo y consigan de ese modo vivir de modo independiente.

Cursos extremos de acción

- Si se opta por proteger solo el primer grupo de valores, se aceptará la situación de dependencia crónica en la que parece que quiere seguir la residente.
- Caso de que se busque proteger el segundo grupo de valores, se le exigirá la búsqueda de un empleo, amenazándola con que, caso de que no lo consiga en un tiempo breve, se la expulsará de la casa de acogida.

Cursos intermedios

- Intentar entender la situación en el contexto de los valores de la cultura de origen de Aisha. Tener una información fiable y adecuada acerca de las razones de Aisha para actuar como lo hace.
- Trabajar con los profesionales socioeducativos los problemas con que se encuentran desde una perspectiva que tenga en cuenta la diversidad cultural y los valores de la usuaria. Se deberían explicitar estos valores, a fin de poder hablar y deliberar sobre ellos.
- Centrar esa atención en sus problemas para manejar el caso (ayudando a los profesionales a entender que en la cultura de origen de la paciente la autonomía no es un valor prioritario y que, por lo tanto, cualquier intervención debe diseñarse desde esta perspectiva multicultural, favoreciendo el diálogo entre culturas), evitando la designación de Aisha como enferma o paciente solo por el hecho de que hayan surgido problemas de manejo de determinadas situaciones. Aclarar que no toda actitud que no se ajuste a la norma a debe ser considerada patológica sino que más bien debe entenderse desde la perspectiva multicultural.
- Aclarar que si la psicóloga hace alguna intervención estará basada en las necesidades de Aisha, previa aceptación de esta. En este sentido, se podría proponer a la usuaria la posibilidad de mantener entrevistas individuales con la psicóloga, con el objetivo de facilitar su desarrollo personal y de apoyarle en su adaptación a la nueva cultura en la que ahora vive.
- Considerar que la presión del medio cuidador del piso de acogida pudiera estar condicionando los síntomas subclínicos detectados. Incluir el tratamiento de los síntomas subclínicos en el marco de las sesiones con la psicóloga, teniendo en cuenta el contexto actual en el que ahora vive la usuaria, así como su biografía pasada.

- Aclarar que la existencia de algún síntoma afectivo o de ansiedad no ampara ni exime del cumplimiento de las normas de convivencia que se hayan negociado con la persona (contraprestaciones o condiciones mínimas para recibir atención en ese medio sociosanitario). Hacer consciente a la paciente de los compromisos que ha adquirido con la casa de acogida y trabajar con ella las dificultades que está teniendo en su cumplimiento, desde un enfoque no patologizante y favorecedor de su adaptación y desarrollo personal. Recordarle que la casa de acogida es una solución transitoria, cuya finalidad es facilitar la independencia de las usuarias para que, una vez encuentren trabajo, puedan pasar a mantenerse por sí mismas.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

- Centrarse en las necesidades de la persona, sin perder de vista las mínimas necesidades de "coordinación" de toda institución asistencial.
- Desde el rol de psicólogo, con la neutralidad y relativa distancia que tiene, facilitar, en un contexto de encuentro, acuerdos negociados donde el bienestar de la persona (Aisha) y del medio (casa de acogida) queden salvaguardados al máximo posible. Facilitar diálogos generadores de entendimiento entre las culturas de las usuarias, con apreciación de los valores de los que cada una es portadora y facilitando la adaptación a la cultura en la que ahora viven.

Recomendaciones

- Siempre es complicado moverse en ámbitos donde las diferencias culturales (y los valores que conllevan) entran en conflicto. Respetar al máximo los valores del otro solo podrá tener el límite de no sobrepasar el trato justo y equitativo hasta el punto de dañar o perjudicar a otros.
- En nuestra sociedad contemporánea, la multiculturalidad es un factor cada vez más abundante, para el que los profesionales de la ayuda debemos capacitarnos. Estar entrenados para favorecer los diálogos apreciativos de la diversidad, que puedan honrar los valores de las culturas de origen de las inmigrantes y, al mismo tiempo, promover su adaptación a la cultura en la que ahora les toca vivir, es un requisito con el que debiéramos cumplir, para no incurrir en perspectivas etnocéntricas en nuestros tratamientos y favorecer contextos de co-creación de soluciones adaptadas a las peculiaridades de los inmigrantes.
- Para no contribuir a la patologización de las dificultades de adaptación a otra cultura se ha de especificar que, en caso de realizarse una psicoterapia, esta se

hará con la intención fundamental de promocionar el desarrollo personal del usuario.

CASO 23

Psicoterapia y nuevas tecnologías

El Sr. Gamero lleva 2 años en tratamiento con el Dr. Ruiz, psicoterapeuta, y le comunica a este que en su trabajo le han propuesto un traslado a otra provincia –distante unos 900 km– durante un tiempo que estima oscilará entre año y medio y tres años.

El Sr. Gamero expresa al Dr. Ruiz que le ha costado mucho establecer con él un buen vínculo. El Dr. Ruiz considera que tienen una buena alianza terapéutica y que, de hecho, el paciente está progresando con el tratamiento. Por otro lado, conoce a un buen psicoterapeuta de su confianza en la ciudad de destino del paciente. Cuando le propone la derivación a su paciente, este le pide seguir la terapia por medio del correo electrónico y mediante un sistema de video-conferencia por internet.

El terapeuta no ha trabajado nunca con estas tecnologías y duda sobre qué hacer y cómo proceder.

Valores en conflicto

- De una parte, está la salud del paciente al recibir la terapia con el Dr. Ruiz.
- De otra, la autonomía del paciente, que quiere seguir con la terapia (a pesar de que el profesional es consciente de su falta de competencia tecnológica y conoce los riesgos o perjuicios que pueden derivarse de seguir adelante con la terapia por estos medios.

Cursos extremos de acción

- Si se opta por atender exclusivamente al primero de los valores en juego, el curso consistirá en aceptar la propuesta del paciente tal como solicita.
- Caso de optar por el segundo de los valores, el Dr. Ruiz rechazará seguir el programa terapéutico a distancia a través de medios electrónicos y recomendar el seguimiento por otro profesional en el nuevo lugar de residencia.

Cursos intermedios

- Aceptar seguir el tratamiento a distancia durante un tiempo (acordado previamente) y reevaluar la utilidad y pertinencia de este sistema en este caso.

Acordar que esta "nueva" modalidad de tratamiento se suspenderá si alguna de las partes detecta complicaciones o resultados poco satisfactorios. Asimismo, acordar que se mantendrán entrevistas "cara a cara" en los periodos en que sea posible (p. ej., eventuales visitas del paciente a su ciudad), al menos una o dos al año.

- Formarse en nuevas tecnologías para evitar la incertidumbre e inseguridad que la propuesta le genera y para estar preparado para posibles casos similares que pudiesen surgir.
- Buscar un colega competente en el lugar de destino del paciente.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

- Aceptar el reto profesional con un compromiso de provisionalidad re-evaluable en función de los resultados y la satisfacción de ambas partes.
- Si la ausencia del paciente es transitoria, quizás sí puede valorarse la pertinencia del tratamiento *on-line*. Si la migración se prevé que sea definitiva o por un tiempo muy prolongado, se recomendará y facilitará la derivación a otro terapeuta en el lugar de destino.

Recomendaciones

- No conviene aceptar un encuadre terapéutico (*setting*) en que ambas partes (terapeuta y paciente) no se encuentren suficientemente cómodas y competentes para su labor.
- Las "nuevas tecnologías" están cambiando mucho los sistemas de comunicación e interacción entre las personas.
- Antes de iniciar un tratamiento a través de las nuevas tecnologías es necesario informarse de cómo proceder y conocer bien las condiciones de protección de la privacidad y confidencialidad que los distintos medios garantizan.
- Habrá que valorar en cada caso la necesidad que cada paciente pueda tener de tratamiento presencial, los pros y contras de las opciones de derivación, la relevancia del mantenimiento del vínculo terapéutico a través del tratamiento *on-line,* así como acompañar al paciente en una toma de decisiones informada.
- Alguna de estas tecnologías (videoconferencia) están siendo de gran utilidad para la atención de personas residentes en lugares alejados y poco accesibles para los sistemas de salud (cabe recordar que, ya en los años 60, se usaban sistemas de entrevista psiquiátrica mediante radio de onda corta para atender a población dispersa del lejano norte ártico de Canadá).

CASO 24

Informes clínicos y sus posibles consecuencias

El Dr. Aguirre es psiquiatra infanto–juvenil y especialista en psicoterapia de familia. Desde hace varios meses atiende a un niño de 7 años que fue llevado por sus padres a su consulta en un Centro de Salud Mental infanto-juvenil. El niño presenta conductas disruptivas en casa, es muy desobediente, poco respetuoso hacia sus padres, le cuesta mucho ponerse a hacer las tareas escolares y, en ocasiones, se muestra inquieto y revoltoso. El contexto familiar es disfuncional. El Dr. Aguirre valora que el niño no padece trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), aunque es cierto que presenta síntomas que en alguna medida se asemejan a los de ese trastorno. Su trabajo se está centrando en ayudar a reestructurar la dinámica familiar, intentando implicar más a los padres en el cuidado del niño, en el trabajo en torno a los patrones de apego que están ofreciendo como modelos de relación al niño, en los modos de autorregulación de la ansiedad de los distintos miembros familiares y en la educación en límites.

Los padres plantean en una de las consultas que han pedido clases de apoyo en la escuela, pues su rendimiento escolar es deficiente. Allí les han comentado que, para solicitarlo a la Delegación de Educación, es preceptivo un informe en el que se diga que el niño sufre algún trastorno psíquico, un TDAH, por ejemplo; por ello, solicitan con insistencia un informe con un diagnóstico clínico.

El Dr. Aguirre duda si debe "etiquetar" diagnósticamente al niño, sin fundamento real, para que pueda recibir ese apoyo que, por otra parte, le sería de gran beneficio.

Valores en conflicto

- Integridad, honestidad y respeto a la verdad conocida y veracidad de un informe (documento público).
- Beneficio que el niño puede recibir de las clases de apoyo, que es el motivo por el que sus padres, que son los tutores del hijo, piden el informe.

Cursos extremos de acción

- Negarse a realizar un informe clínico inexacto para obtener una prestación del sistema educativo.
- Facilitar el acceso a una atención educativa que se considera útil "forzando" el diagnóstico.

Cursos intermedios de acción

- Cerciorarse de que es imprescindible el hecho de que aparezcan determinados diagnósticos clínicos para recibir esas prestaciones del sistema educativo.
- Realizar un informe clínico en el que afirme que el paciente tiene "síntomas del espectro del TDAH", añadiendo el riesgo de utilizar ese diagnóstico fuera del marco sanitario y advirtiendo de las obligaciones de confidencialidad y custodia.
- Emitir un informe no diagnóstico o un "diagnóstico atenuado," en el que se hable de las limitaciones funcionales, derivadas de la sintomatología ansiosa y de las dificultades en la concentración de la atención, explicitando la necesidad de apoyo educativo específico para que el joven pueda hacer frente a las exigencias académicas.
- Intentar que la realización o no de ese informe no obstaculice el trabajo terapéutico que se está llevando a cabo, elaborando la decisión que se tome con el paciente y su familia, para que esta pase a formar parte de la dinámica de este caso, habida cuenta de que se trata de un paciente menor de edad.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

- El curso óptimo sería aquel que respetase a la vez el beneficio al paciente (y su familia) y la buena praxis profesional (no dar por cierto un diagnóstico no seguro).
- Promover, mediante la coordinación socio-sanitaria (en este caso socio-educativo-sanitaria), o en colaboración con las asociaciones profesionales pertinentes, el replanteamiento de los criterios de apoyo socio–educativo, haciendo ver que deberían basarse más en las necesidades funcionales reales que en criterios clínicos.
- Asimismo, dejar abierta la posibilidad de emitir un certificado que reseñe las dificultades o limitaciones funcionales del paciente-alumno y la conveniencia de medidas de apoyo escolar.
- Explicar al paciente, a la familia, al orientador escolar y las instituciones educativas involucradas en la atención, la necesidad de apoyo psicopedagógico del paciente, aclarando que un diagnóstico clínico solo puede ser emitido cuando se tiene evidencia suficiente y que, en todo caso, su uso debe circunscribirse a la comunicación en ámbitos o con fines clínicos. Explicar asimismo que no es desdeñable el riesgo del uso espurio (fuera de ámbitos clínicos) y su potencial estigmatizante para el futuro de la persona.
- Trabajar con los pacientes su posible disgusto, cuando las decisiones tomadas por los profesionales frustran expectativas implícitas o demandas explícitas

de los pacientes. Mantener el criterio profesional con firmeza, pero mostrando gran sensibilidad hacia la situación, recogiendo empáticamente el sentir y los argumentos del paciente y su familia y acompañándoles en el proceso de construcción de su confianza en el tratamiento y en la capacidad de desarrollo en el paciente de habilidades que le permitirán hacer frente a las dificultades.

Recomendaciones

- El caso muestra cómo a veces los servicios (no clínicos) que deberían estar orientados a las carencias o necesidades funcionales, se amparan en criterios clínicos, confundiendo diagnóstico clínico con necesidad de intervención, pervirtiendo así tanto el sentido del diagnóstico como el sistema de atención clínica.
- El diagnóstico clínico tiene, entre otras finalidades, la de proporcionar información verídica y fiable respecto a la salud de una persona, pero no puede ser el único criterio –ni siquiera el más relevante– para el diseño de un plan terapéutico, y menos aún para el diseño de un plan de apoyo educativo.
- El TDAH, especialmente en los últimos años, ha venido a resultar una etiqueta para casi todo tipo de malestares. En diversos medios clínicos se ha señalado la tendencia fácil a un diagnóstico que muchas veces es social (el niño inquieto, "guerrero", sin límites en su expresión conductual) y a depositar en el niño lo que no es sino expresión de una relación familiar disfuncional o con límites y normas poco claros.
- Asimismo, se ha señalado el preocupante incremento en la prescripción de psicofármacos tipo metilfenidato que hacen sospechar que puede estarse "hiperfarmacologizando" el abordaje terapéutico del TDAH. Sin embargo, cuando, con criterios clínicos suficientes, el TDAH se detecta e identifica, se evidencia un importante sufrimiento en el paciente y en su entorno que debe ser aliviado.
- No debe olvidarse nunca que la responsabilidad última a la hora de dictaminar los diagnósticos es de los profesionales encargados del caso.
- A la hora de emitir un diagnóstico, deben siempre tenerse en cuenta las posibles consecuencias que para la construcción de la identidad del paciente pueda suponer la etiqueta diagnóstica.
- Vivimos un momento en nuestra sociedad en el que la práctica de asignar diagnósticos al mero malestar psíquico aumenta de modo alarmante, banalizando los diagnósticos o dando categoría sindrómica a hechos naturales de la vida de los sujetos (así, por ejemplo, se llama impropiamente "depresión" a lo que es una natural reacción de duelo o se habla de "síndrome postva-

cacional" para la dificultad de adaptación a la vida cotidiana, etc.), desempoderando así a las personas y contribuyendo a crear (falsas) identidades de enfermos con demasiada facilidad. Es necesario que los profesionales no se dejen arrastrar por esta tendencia banalizadora, obrando con cautela y no certificando nunca diagnósticos a la ligera, por simple conveniencia o por complacencia.

- El que el incremento de los diagnósticos de trastorno mental se esté normalizando hace que los pacientes y familiares puedan solicitar informes diagnósticos, habida cuenta de los beneficios secundarios inmediatos que pueden obtener, sin ser muy conscientes de las consecuencias de estigmatización social que dichos informes pueden tener en la vida futura de los pacientes.
- Un profesional de la salud no debe nunca guiarse a la hora de diagnosticar por las presiones que pueda recibir de sus pacientes, de los familiares e incluso de otros profesionales competentes.
- Es importante ser sensibles a la influencia negativa que los diagnósticos pueden tener en la construcción de la identidad de los pacientes, sobre todo en periodos en que la personalidad se está formando.
- Es preciso también tener en cuenta que, frente a la angustia que los problemas y transiciones de la vida presentan, las etiquetas diagnósticas pueden ser utilizadas por los pacientes como un mecanismo justificativo y evitativo que puede entorpecer el necesario desarrollo de recursos de afrontamiento frente al estrés.

CASO 25

Responsabilidad acerca de las consecuencias del tratamiento

La Sra. Ortiz asiste a psicoterapia con la Dra. del Olmo con la intención de aprender a llevar con mayor estoicismo y serenidad la situación familiar que vive: refiere que es maltratada psicológicamente desde hace 4 años por su hijo y su marido, con pequeñas agresiones físicas (consistentes en pequeños empujones, que no han ido a más). Todo se inició con las conductas oposicionistas de su hijo al entrar en la pubertad. Este hijo tiene un diagnóstico desde niño de un trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y, además, ha desarrollado un grave trastorno por oposicionismo.

La Sra. Ortiz lleva casada 19 años, es ama de casa, su marido tiene un trabajo estable y tienen tres hijos (17, 10 y 5 años). Ella considera que los problemas comenzaron cuando el hijo mayor empezó a mostrarse extremadamente rebelde (y déspota en ocasiones) y que el padre no solo no le pone apenas ningún límite, sino que se alía con él en contra de ella cuando ella trata de ponerle algún límite.

A cualquier insinuación que la psicoterapeuta le hace de buscar asesoría con un abogado o de plantear la posibilidad de una separación, la paciente reacciona amenazando que va a dejar el tratamiento. No obstante, la psicoterapeuta es testigo de cómo la niña mediana, ahora con 10 años, empieza a presentar también conductas denigratorias hacia la madre, repitiendo los mismos insultos que ve que le profieren su padre y su hermano.

La Dra. del Olmo siente como un problema ético el ser testigo pasivo de esta situación que se prolonga en el tiempo y que está siendo un mal modelo educativo para los hijos.

Valores en conflicto

- De una parte, está el valor del apoyo psicológico y humano que la paciente está recibiendo en sus sesiones de psicoterapia y, por tanto, su salud.
- Respeto de la decisión autónoma de la paciente.

Cursos extremos de acción

- Atenerse estrictamente a la demanda explícita de la paciente y mantener el apoyo empático y no directivo, sin poner en entredicho la crítica situación de contexto familiar y respetando su derecho a tomar decisiones como adulta.
- No seguir colaborando y derivar el caso a una instancia social-legal que le asesore, por considerar que no se trata de un problema psíquico sino de un caso de maltrato consentido.

Cursos intermedios

- Mantener la psicoterapia sin forzar la situación pero sin dimitir de la tarea de hacer tomar conciencia a la paciente de que se encuentra en una situación de claro maltrato.
- Compartir con la paciente el problema ético ante el que se enfrenta el profesional, siendo testigo indirecto (a través de los relatos de la paciente) de una situación de maltrato y sintiendo que no debería limitarse a escucharla, sino ser capaz de ayudarla a tomar medidas que eviten la perpetuación de ese maltrato.

- Facilitar a la paciente la toma de decisiones graduales hacia una progresiva autonomía, alejada del actual consentimiento en el maltrato que recibe, estableciendo un plazo de apoyo y colaboración, ya que los malos tratos físicos no son graves, para dar tiempo a que la paciente pueda ser proactiva en la búsqueda de soluciones para su situación.
- Asesorar sobre lugares donde puede solicitar tratamiento para la dolencia psíquica de su hijo.
- Facilitar o solicitar contacto con los familiares de la paciente a fin de poder intentar un trabajo de cambio familiar. En caso de que la paciente no accediera, solicitarle que admita la colaboración de alguna persona con la que la paciente tenga una relación de confianza y apoyo, para promover que salga de su aislamiento.
- Promover el tratamiento familiar y/o que el marido e hijo mayor puedan recibir también atención psicológica.
- Proponer la complementación de la terapia individual con la participación de la paciente en algún grupo de víctimas de los malos tratos.
- Señalar que, en caso de que se detectase una situación de riesgo vital o de evidencia de empeoramiento grave de la salud de la paciente, el profesional tiene la obligación de ponerlo en conocimiento de las autoridades para que abran una investigación.
- Poner como condición para seguir el tratamiento que la paciente vea a un abogado para informarse de su situación legal y de sus derechos.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

- El curso óptimo de acción podría consistir en compartir con la paciente el malestar que la terapeuta experimenta al escuchar su narración, aparentemente indiferente, de los malos tratos a los que se ve sometida. Tras ello, ir desarrollando desde la conversación dialógica la conciencia de la paciente respecto a sus derechos y la humillación a que se ve sometida, para así permitir que progresivamente pueda ir conectándose con sus sentimientos de pena y rabia, pueda expresarlos y, pasado un tiempo, ir operativizándolos en la búsqueda de soluciones activas.
- El objetivo del curso óptimo, asimismo, es que pueda mejorar la situación sin dañar a la paciente (p. ej.: intentando evitar una reacción de "espantada" de la consulta, que podría agravar su situación al dejarle más desprotegida), pero sin facilitar un acomodo a una situación claramente disfuncional y gravosa para su salud y su vida.

Recomendaciones

- En un caso como este, en el que la terapeuta parece ser la única testigo indirecta de los malos tratos que recibe la paciente, creemos que la puesta en juego de la intersubjetividad en el tratamiento es muy necesaria. A partir de las reacciones emocionales que muestre la terapeuta, como intervenciones centradas en la cliente y destinadas a hacer de espejo o a resonar el malestar callado de la paciente, y con la misma finalidad terapéutica, compartir como terapeuta-persona su indignación por lo inadecuado de la situación que padece, a fin de que la paciente pueda ir saliendo progresivamente de la situación de violación de sus derechos humanos.
- La expresión de emociones por parte de la terapeuta o de sus pensamientos respecto al maltrato que sufre la paciente, debe hacerse siempre como intervención centrada en promover el desarrollo de la conciencia de maltrato en la paciente, y nunca como alivio de la ansiedad que esté sintiendo la terapeuta.
- En casos como este hay que moverse con prudencia, pues siempre existe el riesgo de abandono de la terapia ante la mínima insinuación de tomar alguna medida proactiva. Por ello, las propuestas de que consulte además con un abogado y de que asista a grupos de víctimas de malos tratos, deben hacerse cuidadosa y progresivamente, respetando los ritmos de la paciente.
- El promover el tratamiento familiar y/o que el marido e hijo mayor puedan asistir también a un tratamiento, es otra de las medidas que se deben proponer.
- Si tiene dudas, el profesional debe buscar asesoría legal en su Colegio Profesional para conocer bien sus responsabilidades respecto a si tendría que tomar otro tipo de medidas, como el promover él mismo una denuncia.
- La denuncia por malos tratos debe ponerla la víctima, porque si la pusiera otra persona que no fuera ella, o el ministerio fiscal actuando “de oficio”, siempre cabría la posibilidad de negativa de la víctima a corroborar la denuncia.

Pacientes en crisis y mediación en conflictos

CASO 26

Paciente psicótico, consumidor habitual y conductor

Juan Redondo Domínguez (JRD) es un varón de 46 años de edad, hijo único, casado y con dos hijos de 4 y 10 años. Su madre es viuda. Es conductor de autobús para traslado de trabajadores y transporte escolar. Por las tardes trabaja con maquinaria pesada en una explotación agraria. Está diagnosticado y en tratamiento de psicosis maniaco-depresiva, que en dos ocasiones ha requerido ingreso hospitalario. Está en seguimiento y control por un psiquiatra. Acude mensualmente a su médico de cabecera (MC) para renovar medicación. Tanto el paciente como su familia mantienen una buena relación de confianza con este profesional desde hace años. Siente adoración por sus hijos, sobre los que refiere alta preocupación por su futuro. Manifiesta reiteradamente su obsesión porque tengan mejor preparación que él para lograr una vida mejor.

JRD es afable, educado y presenta un aceptable nivel cultural. Tiene pocos amigos. A pesar del tratamiento, es consumidor moderado de alcohol. El MC le ha manifestado reiteradamente la incompatibilidad de sus problemas de salud con el trabajo que realiza, debido a los riesgos para terceros, además de los personales. Él lo entiende y dice comprometerse a no abandonar la medicación y dejar de beber, a fin de poder continuar con su trabajo de conductor de autobús. El MC, al constatar que sigue bebiendo moderadamente y dado el riesgo que eso supone, en varias ocasiones se ha planteado comunicar al juez la situación. No lo ha hecho hasta ahora por las consecuencias que tendría para él y para su familia el enviarle al paro. El MC se encuentra ante un dilema que no sabe muy bien cómo resolver.

Un día acude llorando la madre del paciente a la consulta del MC y le cuenta que JRD les ha pegado a ella y a su esposa delante de los niños, rompiendo los cristales de dos ventanas y marchándose de casa. Relata que está muy agresivo y

que lleva varios días sin tomar la medicación. No quiere ir al médico ni seguir con el tratamiento, porque "las pastillas le están volviendo loco". La crisis de agresividad, que antes nunca había ocurrido, la desató el que tanto ella como su esposa le insistieran en no dejar el tratamiento y en que no bebiera, y que si se encontraba peor acudiera a consulta.

Se pasa el día en uno de los bares de la localidad. El MC constata que, efectivamente, lleva retraso en acudir a consulta para renovar la medicación. Le comenta a su madre que, si es como dice, necesitará probablemente ser ingresado de nuevo y que es preciso darle de baja con urgencia, pues en esas condiciones no puede conducir autobuses ni máquinas pesadas. Ella le pide por favor que haga lo que pueda, pero que no se entere nadie, tanto por la vergüenza, especialmente por los hijos, como por el riesgo de quedarse sin trabajo para siempre en el pueblo.

El médico se pregunta qué debe hacer.

Valores en conflicto

- La autonomía para decidir del paciente y su familia.
- La vida y salud de otras personas.

Cursos extremos de acción

- Caso de optar por el primer grupo de valores desatendiendo el otro, el médico se limitaría a seguir actuando de igual modo que lo ha hecho hasta ahora, esperando el devenir de los hechos.
- En el caso opuesto, si opta por proteger la salud de terceros sin tener en cuenta el daño al enfermo y a su familia, pedir la retirada inmediata del carnet a la Dirección General de Tráfico y, en caso de daños susceptibles de falta o delito penal, acudir directamente al juez.

Cursos intermedios de acción

- Acordar con la esposa el que al día siguiente venga con el enfermo, a fin de ver si es posible reconducir la situación.
- Buscar al enfermo y convencerle para acudir de nuevo a consulta.
- Persuadir al enfermo para que acepte la baja por enfermedad (IT).
- Hablar con el psiquiatra para consensuar una estrategia común.
- Acordar con el psiquiatra el ingreso psiquiátrico, a fin de que pueda iniciarse el proceso de deshabituación al alcohol.
- Entrevista con la esposa a solas: citarla al día siguiente para consulta discreta y tranquila.

- Buscar un acuerdo confidencial entre el médico de familia y el médico de empresa o de la mutua correspondiente.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

Resulta claro que los cursos extremos son pésimos, y que los cursos intermedios son los que habrá que explorar, a fin de identificar entre ellos el o los cursos óptimos. La comunicación al juez es, sin duda, el curso que produce mayor estigma social y perjuicios de diversa índole al paciente y a su familia, por lo que debe verse siempre como un recurso último y extraordinario. Es necesario evitar que JRD siga conduciendo en su situación, pero esto puede conseguirse por medios menos drásticos y estigmatizadores. La acción más inmediata es la de entrevistarse con él y persuadirle a pactar determinados objetivos a corto y medio plazo, haciéndole ver que es sin duda lo mejor, tanto para él como para su familia, de la que tanto se preocupa.

Es preciso explicarle que la empresa no va a conocer la causa de su IT, con lo cual, una vez recuperado, podrá reincorporarse a su trabajo habitual. También debe entender que, debido a su descompensación por abandono del tratamiento y consumo de alcohol, es imprescindible su ingreso en servicio especializado. Es muy probable que presente resistencias y rechace inicialmente estas recomendaciones, por lo que debe hacérsele ver el riesgo que su comportamiento tiene para las demás personas y las consecuencias de un accidente tendrían para su familia y, en especial, para sus hijos.

Recomendaciones

- Es prioritario controlar los riesgos para la salud pública y, en consecuencia, evitar con urgencia que siga conduciendo, especialmente autobuses y máquinas pesadas.
- Es conveniente alcanzar ese objetivo con la máxima discreción, de modo que se protejan sus intereses laborales y los intereses de la familia, así como la confidencialidad de una información sensible de carácter personal.
- Para todo ello, es necesario restablecer la relación de confianza que el paciente tenía con el profesional, haciéndole ver que solo así conseguirán optimizar la situación y alcanzar la solución óptima.
- La judicialización del proceso debe verse siempre como un curso extremo, muy lesivo, al que no debemos llegar más que ante el fracaso completo de los cursos intermedios.

CASO 27

Situación de acoso, agravada por sentido de la responsabilidad

En un hospital general correspondiente a un área de salud de una capital de provincia pequeña, una residente de Psiquiatría de tercer año, María Ridruejo Domínguez, pregunta, al final de una sesión clínica, el parecer a sus compañeros sobre un paciente que ingresó 24 horas antes con cefaleas recurrentes y vómitos de repetición durante los últimos días. Es consumidor habitual de hachís y coca. Su exploración, tanto general como neurológica, ha resultado normal y su analítica es también normal salvo una ligera anemia. La impresión de la residente es que el paciente está grave, que no es un simulador, y expresa su sospecha de que se trata de un proceso expansivo cerebral, aunque eso no se corresponde con la sintomatología que presenta.

Dada la edad del paciente y sus hábitos tóxicos, así como la ausencia de una sintomatología clara, el Jefe de Servicio pide "tranquilidad" y recomienda darle de alta, con tratamiento sintomático y seguimiento por su médico de cabecera. MRD, sin embargo, considera que debe realizarse un estudio radiológico en profundidad, a fin de descartar un proceso expansivo cerebral que, caso de no diagnosticarse pronto, podría tener consecuencias graves para el paciente. Ante la actitud del jefe, la residente propone como alternativa solicitar interconsulta a Neurología. El jefe de servicio, indignado, rechaza la sugerencia y prohíbe expresamente ambas opciones.

La relación previa de MRD con el Jefe de Servicio es mala desde hacía tiempo, a causa de lo que ella considera un abuso permanente de autoridad y malos modos que ella, desde el principio, criticó y rechazó abiertamente. Desde hace un año, MRD es tratada con menosprecio, excluyéndola de cualquier decisión, no contando con ella para nada y dejándole como trabajo lo que no quieren los demás. El resto de los compañeros toleran en silencio la situación y le hacen en público el vacío y dándole la razón en privado.

MRD se pregunta qué debe hacer, si plegarse a las indicaciones de su jefe o buscar lo que considera mejor para su paciente.

Valores en conflicto

- La salud del paciente.
- Respeto a la estructura jerárquica que representa el Jefe de Servicio.

Cursos extremos de acción

- Caso de optar por el primer valor en detrimento del segundo, la residente pedirá la interconsulta a Neurología, a pesar de la prohibición de su jefe.
- El curso opuesto consiste en optar por el segundo valor sin considerar el primero, lo que lleva a obedecer la orden recibida y descargar toda la responsabilidad del asunto en su jefe.

Cursos intermedios de acción

- Hablar con los otros residentes sobre la sensación de gravedad que le transmite este paciente, a fin de que ellos puedan confirmar o no sospecha.
- Hacer eso mismo con alguno de los adjuntos del servicio.
- Transmitir al jefe de servicio en privado su preocupación por la sospecha de gravedad que tiene en el caso de este paciente, pidiéndole que lo reevalúe él personalmente.
- Hablar en privado con un adjunto del servicio de Neurología, para verificar si su sospecha es fundada o no.
- Comunicar la situación al Director Médico del Hospital.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

- Es obvio que el curso óptimo ha de consistir en la puesta en práctica de los distintos cursos intermedios, probablemente en el orden en que se han descrito.
- Los médicos residentes están en periodo de aprendizaje, por lo que necesitan ser tutorizados en su práctica. Ante la sospecha de algo grave, deben informar a su superior jerárquico, que deberá reevaluar al paciente y asumir la responsabilidad de la decisión final.
- El recurso a la Dirección médica debe limitarse a los casos en los que se han agotado las vías dentro del propio servicio.

Recomendaciones

- Cuando se trata de una mera sospecha, el médico residente debe comunicarla a su tutor, que es quien debe supervisar el caso, hacerse responsable de la situación y enjuiciarla con criterios clínicos.
- Caso de que resulten infructuosos todos los cursos intermedios antes señalados, es obvio que será necesario optar por un curso extremo. En ese caso, es preciso tener en cuenta que no hay obediencia debida a un superior cuando la misma pone en riesgo la vida del paciente.

- Las inquinas personales y las situaciones de acoso llevan en muchos casos a tomar decisiones incorrectas que pueden poner en peligro la vida y salud de los pacientes. Es obligación de los Directores el identificar esos casos y erradicarlos.
- Los Jefes de servicio deben ser conscientes de la responsabilidad propia de su cargo. Cuando no organizan adecuadamente su servicio, son responsables de las consecuencias negativas que ello pueda acarrear. Conviene no olvidar que la culpa *in vigilando* se encuentra recogida en el artículo 1903 del Código Civil español.
- Es aleccionador el desenlace de la historia de MRD. El Jefe de servicio, arbitrario y despótico para con todos, la sometió a un acoso continuado que acabó afectando tanto a su vida personal como a la profesional, hasta el punto de casi abandonar la residencia. Tras comunicar al Director médico su situación, solicitó las pruebas que consideró necesarias, confirmándose su sospecha. El paciente sufría un proceso tumoral por el cual fue derivado urgentemente al servicio de Neurocirugía e intervenido con excelentes resultados. El Jefe de servicio vio en esto una humillación personal, con lo que las relaciones empeoraron hasta hacerse insoportables, llegando a exigirle que abandonara el servicio e iniciara la residencia en otro hospital. El maltrato fue subiendo de tono hasta llegar a la vejación y al insulto. Los demás miembros del servicio buscaron protegerse manteniéndose neutrales.
- La tarea moral por antonomasia es la promoción de la ciudadanía, la construcción de ciudadanos: personas autónomas, maduras, responsables, que sepan ponderar todos los factores, tomar decisiones, que sean conscientes de que pueden equivocarse, pero que sean responsables de las decisiones que tomen. Nada más, pero también nada menos.

CASO 28

Cuidado del cuidador: médico de urgencia politoxicómano

MRA tiene 58 años y está divorciado desde que su mujer lo abandonó hace 14 años. Tiene dos hijos mayores cuya edad no recuerda y a los que no ve desde hace 10 años. Es médico de familia de formación y trabaja como médico de urgencia en un hospital de una ciudad mediana. Es consumidor habitual de cocaína y de importantes cantidades de alcohol, lo que en ocasiones le ha originado problemas en el trabajo. Las relaciones con sus compañeros son correctas

aunque distantes. Desde la residencia tenía mucha amistad con un colega y compañero de trabajo, pero hace 5 años, al recriminarle aquel sus excesivos consumos y advertirle de que podían originarle antes o después problemas tanto personales como de riesgo para sus pacientes, tuvieron una gran discusión, llegando a la agresión física. Desde entonces no se hablan. El coordinador de urgencias puso fin al conflicto, amonestándoles con expresiones tales como "que no vuelva a ocurrir" y "que nadie se meta en la vida de otro mientras cumpla con sus obligaciones".

Su toxicomanía se remonta a la época de residente. La intensidad y exigencia de la formación y la vida de relación le animó a utilizar estimulantes, primero, de vez en cuando y luego, habitualmente. Sigue pensando que controla su consumo y que lo dejará cuando quiera. Ocurre que nunca ha querido abandonar su consumo, ni siquiera cuando le abandonaron su mujer y sus hijos como consecuencia de sus excesos y también del quebranto que la economía familiar sufría como consecuencia de sus salidas incontroladas. No ha aceptado nunca su problema y considera que "él es como es y el que quiera lo tiene que aceptar así".

En el servicio de prevención de riesgos laborales conocían el problema, pero se abstenían de intervenir mientras no ocurriera algo. "La vida de cada uno hay que respetarla". Los compañeros han comentado en varias ocasiones la necesidad de trasladar la situación al Colegio de Médicos o a la Dirección del hospital, para que estos actúen en consecuencia. Han comentado que "se están asumiendo demasiados riesgos y que algún día cualquier paciente lo pagará caro o será muy tarde para MRA". Pero no se ponen de acuerdo en dar el paso, porque consideran que debe corresponder al "coordinador de Urgencias".

En una guardia y, tras una discusión con una enfermera a la que se dirigió verbalmente con malas formas, esta le contestó llamándole "alcohólico". MRA respondió empujándola y golpeándola contra la puerta. Todo delante de un paciente y su acompañante. Al cabo de una hora apareció el marido de la enfermera y, sin mediar palabra, le propinó una paliza con múltiples golpes y patadas, rompiéndole la nariz y dejándole en el suelo inconsciente por lo que, tras intervención de los agentes de seguridad y el consiguiente escándalo, requirió ingreso hospitalario.

El coordinador de Urgencias se pregunta qué debe hacer con MRA.

Valores en conflicto

- De una parte, la salud de los pacientes que atiende MRA en urgencias.
- De la otra, la autonomía personal y profesional del propio MRA, que debemos respetar tanto cuanto nos sea posible.

Cursos extremos de acción

- Si se opta por el primer valor, deberá retirársele del servicio e incluso del ejercicio de la profesión, habida cuenta del riesgo que supone para sus pacientes.
- Caso de optar por el segundo valor, no se hará nada y se dejará el problema a su evolución.

Cursos intermedios de acción

- El coordinador de Urgencias debe hablar con los miembros del equipo, a fin de evaluar hasta qué punto se está poniendo en riesgo la salud de los pacientes.
- Si el riesgo es pequeño, es conveniente pedir a todos los otros miembros del equipo de urgencias que estén atentos, a fin de suplir las deficiencias de MRA o corregir sus errores.
- Si el riesgo es mayor, debe apartársele del servicio de Urgencias, trasladándole a otro servicio en el que su situación no comprometa la salud de los pacientes.
- Es conveniente promover que MRA sea evaluado por un especialista de su confianza.
- El psiquiatra podría pactar con el paciente un periodo de incapacidad temporal en el que comenzara el proceso de deshabituación.
- Caso de ser necesario, ponerle en contacto con el Programa de Atención Integral al Medico Enfermo (PAIME).

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

- Los cursos intermedios señalados, en el orden descrito.
- El PAIME dispone de mecanismos que facilitan la aceptación y reconocimiento del problema, en primer lugar y, además, el tratamiento adecuado, respetando la confidencialidad del enfermo, lo que permitirá que este se incorpore a su trabajo sin merma de su reputación.

Recomendaciones

- Cuando las cosas llegan al grado de deterioro descrito, es difícil encontrar ya soluciones idóneas al problema. Esto es particularmente significativo en el caso de las enfermedades mentales, dado que una de sus características es la falta de conciencia de enfermedad.
- Las drogodependencias se dan muy frecuentemente en personalidades predispuestas (antisociales, límites o *borderline*, esquizotípicas, evitativas y obsesivas, etc.). En estos casos, se produce el fenómeno sorprendente de que los enfermos creen que tienen capacidad de dominar su propia compulsión, en este caso el

consumo, cosa que es falsa. De ahí la importancia de informar a los pacientes sobre esta patología que, a pesar de privar de capacidad a las personas, hace que ellas se consideren responsables, lo que les genera unos tremendos complejos de culpabilidad y pérdida de su autoestima.

- Incrementar la formación a los profesionales en el abordamiento de estas patologías.
- Cuando estos casos no se cogen a tiempo, acaban dando lugar a agresiones físicas, como la del caso descrito que, a su vez, son el inicio de un proceso judicial. Como también suele haber denuncia al Colegio profesional, este abrirá un expediente disciplinario y retirará del servicio al profesional. No es infrecuente que estos casos trasciendan a la prensa y, últimamente, también a las redes sociales.

CASO 29

Negativa de auxilio ante paciente agitado

Un médico joven que hace su primer día de guardia en un Centro de Salud, compartida con otro médico veterano, recibe a una paciente de 68 años de edad, despeinada y con la mirada fuera de sí, acompañada de su marido y de su hija, de 24 años, que intenta sujetar a la paciente.

La paciente repite cosas como "a mí no me toques, no me pongas la mano encima, que te enteras." La hija le dice: "pero madre, si no le hago nada, si solo queremos que la vea el doctor." A lo que la paciente responde: "la culpa es del payaso de tu padre, que no sabe lo que hace y siempre habla de más."

El segundo médico dice al marido de la paciente: "no la veo si no se tranquiliza, no aguanto más histéricas y maleducadas. Si se tranquiliza, bien; si no, ya saben dónde está la puerta."

El marido se vuelve hacia el médico joven y le dice: "haga Ud. el favor de atenderla, está como loca. Ella es buena, no es así, pero no sé qué le ha pasado. Lleva unos días muy rara y agresiva con nosotros. Pero hoy se ha levantado así y, sin que le hagamos nada, mire cómo está."

El médico veterano se vuelve al joven y le dice:, "tú veras lo que haces. No te metas en líos. A mí no me pagan por esto. Que la lleven a Urgencias del hospital. Por mí, que la aguante su padre. Cuando aparecen estos casos, aquí llamamos a la ambulancia y, si se pone la cosa mal, a la guardia municipal".

El médico joven no sabe si debe aceptar la sugerencia de su compañero o atender a la paciente.

Valores en conflicto

- De un lado están los valores de la salud de la paciente, el evitar mayores molestias a sus familiares y el utilizar adecuadamente los recursos.
- El otro valor en juego es el respeto a las normas del centro y a las reglas de funcionamiento establecidas por sus compañeros de trabajo.

Cursos extremos de acción

- Si se opta por el primer valor en detrimento del segundo, se procederá a atender a la paciente, intentando resolver su crisis.
- En caso de optar por el segundo valor en juego, el médico se limitará a seguir la recomendación de su compañero más veterano, inhibiéndose de toda actuación ante la agresividad de la paciente.

Cursos intermedios de acción

- Recuperar la historia clínica de la paciente y estudiarla, a fin de conocer los antecedentes de la crisis actual.
- Conversar con los familiares (marido e hija) para contrastar los datos de la historia clínica o conocer nuevos datos sobre la paciente.
- Explorar las causas de la crisis nerviosa que presenta en ese momento.
- Si se trata de un mero problema familiar o de un trastorno psíquico menor, recetarle la medicación adecuada y citarla para control a los pocos días.
- Caso de que el trastorno requiera un manejo más especializado, derivarla a un centro especializado.
- Discutir con el compañero el criterio a seguir en casos similares, por ver si conviene organizar una reunión de los profesionales del Centro de Salud para establecer un criterio uniforme y correcto.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

Sería lógico poner en práctica los diferentes cursos intermedios, si es posible en el orden señalado.

Recomendaciones

- Los profesionales tienen obligación de atender a los pacientes que acuden a un Servicio de Salud, sobre todo en situación comprometida o de urgencia. Lo contrario es simple y pura mala praxis.
- Es llamativo y preocupante el desconocimiento por parte de los profesionales sanitarios de la evaluación y manejo de los pacientes psiquiátricos.

- El miedo que generan estos pacientes en los profesionales de Atención Primaria provoca en estos respuestas técnica y éticamente inadecuadas.
- Entre el médico recién llegado y el veterano puede darse una conversación del tipo siguiente:
  - Médico joven: "Si no te parece mal, voy a atender a la paciente, a ver si puedo resolver el problema".
  - Segundo médico: "Te repito que aquí actuamos del modo que te he dicho, no arriesgándonos con los pacientes violentos. Y no debes cambiar la decisión que hemos tomado. En caso contrario, atente a las consecuencias".
  - Médico joven: "¿Es una amenaza?"
  - Segundo médico: "No, es una advertencia".
- Artítulo 13 del Código de Ética del Consejo General de Colegios Médicos de España:
  1. Cuando el médico trate a pacientes incapacitados legalmente o que no estén en condiciones de comprender la información, decidir o dar un consentimiento válido, deberá informar a su representante legal o a las personas vinculadas por razones familiares o de hecho.
  2. El médico deberá ser especialmente cuidadoso para que estos pacientes participen en el proceso asistencial en la medida que su capacidad se lo permita.
  3. El médico tomará las decisiones que considere adecuadas cuando se dé una situación de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente y no sea posible conseguir su consentimiento.
  4. El médico debe fomentar y promover la atención integral a los problemas de salud mental, evitando estigmatizar al paciente psiquiátrico y la institucionalización permanente como medida terapéutica.

CASO 30

Mediación en conflicto familiar

Ana tiene 41 años y está casada con Jesús, de 57. Tienen 3 niños de 14, 10 y 1 año, respectivamente. Tanto ella como su marido refieren que el problema de Ana con el alcohol viene desde la adolescencia, ya antes de que se conocieran. Su padre murió de cirrosis alcohólica y sus dos hermanos también son dependientes del alcohol. Antes de casarse, siendo adolescente, había tenido otra hija de la que nunca se hizo cargo.

Su médica de familia y su psiquiatra refieren "alcoholismo crónico de larga evolución y resistente" pues, tras numerosos intentos por parte de ambos, el tratamiento ambulatorio de la dependencia no parece dar resultado. Ana maneja ella misma la medicación, bebe incluso tomando antabus.

El niño pequeño fue concebido hallándose Jesús en la cárcel, en la que estuvo durante casi 3 años por abuso de la hija mayor de Ana. Durante el último embarazo, Ana no fue capaz de dejar de beber. Tiene una escasa red social en el pueblo, y la relación con la familia de su marido no es buena, por lo que su aislamiento dificulta las posibilidades de detectar situaciones de crisis y de favorecer mecanismos de ayuda.

Jesús tenía su propia empresa de construcción, la cual tuvo unos años de mucho éxito, lo que les permitió llevar un alto nivel de vida y "ocultar" por completo el problema de Ana. Tras la crisis, el declive de la empresa y el ingreso en prisión de Jesús, Ana se convierte en usuaria de los Servicios Sociales del Ayuntamiento. Como consecuencia, la familia se hace beneficiaria del banco de alimentos y Ana participa en un Programa Regional de Integración Social (PRIS), en el que acude por la mañana a talleres en los que aprende diferentes habilidades para la vida diaria (habilidades sociales, autoestima, autocuidados, búsqueda de empleo, etc.) y a otros talleres específicos en los que se forma como auxiliar de ayuda a domicilio, que luego completará con unas prácticas. Esta participación permite tener más controlada la situación de Ana y sus hijos, siendo estos el más urgente motivo de intervención. Durante los años en que Jesús estuvo en la cárcel, con sus crisis y sus mejorías, y acudiendo a tratamientos para su dependencia con mayor y menor asiduidad (médico de cabecera, psiquiatra y grupo de adicciones), la familia parece mantener cierta estabilidad.

El equilibrio logrado se rompe cuando Jesús vuelve de la cárcel y con el nacimiento del tercer hijo. Empeoran drásticamente las relaciones familiares (entre marido y mujer, marido e hijos....) con agravamiento de la dependencia alcohólica de Ana, que deja de estar controlada. Esto afecta a su participación en el grupo del PRIS, con conflictos continuos con compañeros e incluso con profesores, por lo que acaba abandonándolo. Acudía tarde, o habiendo bebido, o bebía en el descanso y, al volver, cambiaba totalmente su actitud, volviéndose agresiva y desafiante. Los menores empezaron a faltar más a clase y a tener altercados de todo tipo con compañeros. Ana llega incluso a inventar enfermedades de su hijo mediano, a fin de que pueda quedarse en casa y cuidar del bebé. Jesús pide ayuda en dos ocasiones, solicitando que le ayudemos a internarla en algún centro, pero retrasando siempre, en última instancia, la decisión por "no ser un buen momento".

El conflicto entre marido y mujer crece cuando Ana lo denuncia a los Servicios Sociales por violencia y, además, solicita unas pruebas de paternidad ya que, en momentos de discusión, él la acusa de infidelidad y de no ser el padre de sus hijos, cosa que, según ella, le dice en alguna ocasión incluso delante de los menores. Jesús niega haberle pegado. Tras larga conversación en la consulta, Ana acepta que todo se redujo a que, en plena discusión con Jesús, había recibido un empujón, pero que también ella previamente le había propinado otro al dudar de su fidelidad.

Ana amenaza con quitarse la vida si la separan de sus hijos. Jesús considera que lo de su matrimonio no tiene arreglo y no sabe qué hacer. No desea que le retiren la custodia de sus hijos y está decidido a hacer un último esfuerzo si se demuestra que el hijo menor es suyo, algo que le tiene obsesionado. *Llegados a este punto, tanto los Servicios Sociales como el médico de cabecera se plantean qué camino seguir.*

Valores en conflicto

- De una parte está la salud (y el bienestar) de los menores.
- De otra, la autonomía para decidir de los padres.

Cursos extremos de acción

- Un curso extremo sería el de separar completamente a los menores del núcleo familiar, habida cuenta de su carácter disfuncional y patológico.
- El otro consistiría en permitirles seguir viviendo con sus padres, no haciendo nada y dejando que los hechos fluyan.

Cursos intermedios de acción

- Es necesario recomponer la situación al estado en que se encontraba antes de la salida de prisión de Jesús y el nacimiento de su último hijo.
- Para ello se va a necesitar apoyo médico y psiquiátrico, pero también apoyo social y laboral.
- Reunir a todas las partes que deben implicarse en el manejo de este complejo caso, a fin de coordinar las actuaciones (control de la medicación y de las ingestas de alcohol, etc.).
- Sería conveniente retirar algunas horas al menor de los hijos de la madre, a fin de que esta tenga tiempo para sí misma y para acudir a las sesiones y seminarios, a la vez que el niño es estimulado en otro ámbito.
- Repartir las tareas del hogar y el cuidado de los niños, implicando más a Jesús en ellas.
- Buscar apoyo domiciliario sociosanitario.

- Seguimiento estricto diario por parte de los Servicios Sociales, poniendo especial cuidado en el control estricto de la confidencialidad.
- Convendría también que Ana comenzara retirando la denuncia contra su marido y accediendo a los requerimientos de este de realización de la prueba de paternidad.

Curso(s) óptimo(s) propuesto(s)

Habría que ir poniendo en práctica los diversos cursos intermedios descritos, según las posibilidades y necesidades de cada momento. El hecho de que Ana hubiera conseguido un cierto equilibrio durante el periodo anterior a la salida de Jesús de prisión y el nacimiento de su último hijo demuestra que el objetivo a lograr es la recuperación de esa situación de equilibrio.

Recomendaciones

- No es fácil coordinar la actuación de los servicios sanitarios y los sociales. Sus filosofías y hábitos de trabajo son muy distintos, y pocas veces se consigue la coordinación que la realidad y las circunstancias demandan. Este es uno de los grandes problemas pendientes en nuestra sociedad.
- Puede ser útil en casos graves establecer un profesional responsable o "gestor" del caso que haga un seguimiento más cercano y coordine las intervenciones de los diferentes profesionales.
- Es preciso agotar todos los recursos antes de optar por la denuncia a la Fiscalía de Menores, cuya intervención podría desestabilizar aún más a los padres, Ana y Jesús.

Apéndice legislativo

1. LEGISLACIÓN

1.1. Legislación estatal

- Constitución española de 1978.
- Código civil (Real Decreto de 24 de julio de 1889).
- Código penal (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre).
- Ley de enjuiciamiento criminal (Real Decreto de 14 de septiembre de 1882. Actualización publicada en el BOE el 1 de junio de 1997).
- Ley de enjuiciamiento civil (Ley 1/2000, de 7 de enero).
- Real Decreto 1018/1980, de 19 de mayo, por el que se aprueban los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial y del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de prevención de riesgos laborales.
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, de modificación parcial del Código civil y de la Ley de Enjuiciamiento civil.
- Real Decreto 386/1996, de 1 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento de los Institutos de Medicina Legal.
- Convenio de 4 de abril de 1997 (ratificado por Instrumento de 23 de julio de 1999), 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).
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.
- Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud.
- Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos.
- Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida.
- Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud.
- Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia.
- Orden TAS/1/2007, de 2 de enero, por la que se establece el modelo de parte de enfermedad profesional, se dictan normas para su elaboración y transmisión y se crea el correspondiente fichero de datos personales.
- Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro Nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal.
- Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica.
- Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se regula el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.
- Real Decreto 557/2011, de 20 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, tras su reforma por Ley Orgánica 2/2009.
- Ley 33/2011, de 4 de octubre, general de salud pública.
- Real Decreto 1622/2011, de 14 de noviembre, por el que se modifica el Reglamento sobre colaboración de las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto 1993/1995, de 7 de diciembre.
- Real Decreto 1630/2011, de 14 de noviembre, por el que se regula la prestación de servicios sanitarios y de recuperación por las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales de la Seguridad Social.

- Ley 3/2012, de 6 de julio, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral.
- Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.
- Real Decreto 1483/2012, de 29 de octubre, por el que se aprueba el Reglamento de los procedimientos de despido colectivo y de suspensión de contratos y reducción de jornada.
- Real Decreto legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.
- Real Decreto 980/2013, de 13 de diciembre, por el que se desarrollan determinados aspectos de la Ley 5/2012, de 6 de julio, de mediación en asuntos civiles y mercantiles.

1. 2. Legislación autonómica

Andalucía

- Ley 32/1988, de 4 de abril, de servicios sociales de Andalucía.
- Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía.
- Ley 2/2010, de 8 de abril, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.
- Decreto 59/2012, de 13 de marzo, por el que se regula la organización y funcionamiento del Registro de voluntades vitales anticipadas de Andalucía.

Aragón

- Ley 6/2002, de 15 de abril, de salud.
- Ley Orgánica 5/2007, de 20 de abril, de reforma del Estatuto de Autonomía de Aragón.
- Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón.
- Ley 10/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte.

Asturias

- Ley del Principado de Asturias 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales.
- Decreto 4/2008, de 23 de enero, de organización y funcionamiento del Registro del Principado de Asturias de instrucciones previas en el ámbito sanitario.

Baleares

- Ley 5/2003, de 4 de abril, de salud de las Illes Balears.
- Ley 1/2006, de 3 de marzo, de instrucciones previas.
- Ley Orgánica 1/2007, de 28 de febrero, de reforma del Estatuto de Autonomía de las Illes Balears.
- Ley 4/2009, de 11 de junio, de servicios sociales de las Illes Balears.

Canarias

- Ley 9/1987, de 28 de abril, de Servicios Sociales.
- Orden de 28 de febrero de 2005, por la que se aprueba la Carta de los derechos y de los deberes de los pacientes y usuarios sanitarios y se regula su difusión.
- Decreto 178/2005, de 26 de julio, por el que se aprueba el Reglamento que regula la historia clínica en los centros y establecimientos hospitalarios y establece el contenido, conservación y expurgo de sus documentos.
- Decreto 13/2006, de 8 de febrero, por el que se regulan las manifestaciones anticipadas de voluntad en el ámbito sanitario y la creación de su correspondiente Registro.

Cantabria

- Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de ordenación sanitaria de Cantabria.
- Decreto 139/2004, de 5 de diciembre, que crea y regula el Registro de voluntades previas de Cantabria.
- Ley 2/2007, de 27 de marzo, de derechos y servicios sociales de Cantabria.

Castilla-La Mancha

- Ley 6/2005, de 7 de julio, sobre la declaración de voluntades anticipada en materia de la propia salud.
- Decreto 15/2006, de 21 de febrero, del Registro de Instrucciones previas de Castilla-La Mancha.
- Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha.
- Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha.

Castilla y León

- Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud.

- Decreto 101/2005, de 22 de diciembre, por el que se regula la historia clínica.
- Decreto 30/2007, de 22 de marzo, por el que se regula el documento de instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el Registro de Instrucciones previas de Castilla y León.
- Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre, de reforma del Estatuto de Autonomía de Castilla y León.
- Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León.

Cataluña

- Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre derechos de información concernientes a la salud, a la autonomía del paciente y a la documentación clínica.
- Decreto 175/2002, de 25 de junio, que regula el Registro de instrucciones previas.
- Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña.
- Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales de Cataluña.
- Ley 25/2010, de 29 de julio, del libro segundo del Código civil de Cataluña, relativo a la persona y la familia.

Extremadura

- Ley 5/1987, de 23 de abril, de Servicios Sociales de Extremadura.
- Ley 10/2001, de 28 de junio, de salud.
- Ley 3/2005, de 8 de julio, de información sanitaria y autonomía del paciente.
- Decreto 311/2007, de 15 de octubre, por el que se regula el contenido, organización y funcionamiento del Registro de expresión anticipada de voluntades de la Comunidad Autónoma de Extremadura y se crea el Fichero automatizado de datos de carácter personal del citado Registro.

Galicia

- Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes.
- Decreto 259/2007, de 13 de diciembre, por el que se crea el Registro gallego de instrucciones previas sobre cuidados y tratamientos de la salud.
- Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia.
- Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de Servicios Sociales de Galicia.
- Decreto 29/2009, de 5 de febrero, por el que se regula el uso y acceso a la historia clínica electrónica.

La Rioja

- Ley 2/2002, de 17 de abril, de salud.
- Ley 9/2005, de 30 de septiembre, reguladora del documento de instrucciones previas en el ámbito de la sanidad.
- Decreto 30/2006, de 19 de mayo, por el que se regula el Registro de Instrucciones previas de La Rioja.
- Orden 8/2006, de 26 de julio, sobre la forma de otorgar documento de instrucciones previas ante personal de la Administración.
- Ley 3/2007, de 1 de marzo, de calidad de los Servicios Sociales de La Rioja.
- Ley 7/2009, de 22 de diciembre, de Servicios Sociales de La Rioja.

Madrid

- Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.
- Ley 3/2005, de 23 de mayo, que regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y crea el registro correspondiente.
- Decreto 101/2006, de 16 de noviembre, del Consejo de Gobierno, por el que se regula el Registro de instrucciones previas de la Comunidad de Madrid.
- Orden 2191/2006, de 18 de diciembre, por la que se desarrolla el Decreto 101/2006, de 28 de noviembre, por el que se regula el registro de instrucciones previas de la Comunidad de Madrid y se establecen los modelos oficiales de los documentos de solicitud de inscripción de las instrucciones previas y de su revocación, modificación o sustitución.
- Orden 645/2007, de 19 de abril, que regula el otorgamiento de las instrucciones previas, su modificación, sustitución y revocación ante el personal al servicio de la Administración.

Murcia

- Ley 3/2003, de 10 de abril, de Servicios Sociales de la Región de Murcia.
- Decreto 80/2005, de 8 de julio, por el que se aprueba el reglamento de instrucciones previas y su registro.
- Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia.

Navarra

- Decreto foral 140/2003, de 16 de junio, que regula el Registro de Instrucciones previas.
- Ley foral 15/2006, de 14 de diciembre, de Servicios Sociales de Navarra.

- Ley foral 17/2010, de 8 de noviembre, de derechos y deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra.
- Ley foral 8/2011, de 24 de marzo, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte.

País Vasco

- Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de instrucciones previas en el ámbito de la sanidad.
- Decreto 270/2003, de 4 de noviembre, que crea y regula el Registro Vasco de voluntades anticipadas.
- Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales.
- Decreto 38/2012, de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica.

Valencia

- Ley 5/1007, de 25 de junio, de Servicios Sociales de la Comunidad Valenciana.
- Orden de 14 de septiembre de 2001, por la que se normalizan los documentos básicos de la historia clínica hospitalaria de la Comunidad Valenciana y se regula su conservación.
- Ley 1/2003, de 28 de enero, de derechos e información al paciente de la Comunidad Valenciana.
- Decreto 168/2004, de 10 de septiembre, por el que regula el documento de voluntades anticipadas y crea el Registro centralizado de voluntades anticipadas de la Comunidad Valenciana.
- Orden de 25 de febrero de 2005, de desarrollo del Decreto 168/2004, de 10 de septiembre.

2. JURISPRUDENCIA CONSTITUCIONAL

- Sentencia del Tribunal Constitucional 290/2000, de 30 de noviembre (datos de carácter personal).
- Sentencia del Tribunal Constitucional 37/2011, de 28 de marzo (consentimiento informado).
- Sentencia del Tribunal Constitucional 141/2012, de 2 de julio (internamiento involuntario).
- Sentencia del Tribunal Constitucional 185/2012, de 17 de octubre (guarda y custodia compartida).

3. DEONTOLOGÍA

- Código deontológico de la Enfermería Española (Consejo General de Enfermería de España, 1989).
- Código Ético (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas, 1999).
- Código Deontológico (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2010).
- Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica (Organización Médica Colegial de España, 2011).
- Código Deontológico del Trabajo Social (Consejo General del Trabajo Social, 2012).

GUÍAS ANTERIORES

1. Intimidad, confidencialidad y secreto
2. Ética en cuidados paliativos
3. Ética de la objeción de conciencia
4. Ética de los incentivos a profesionales sanitarios
5. Planificación anticipada de la asistencia médica: Historia de valores; Instrucciones previas; Decisiones de representación
6. Retos éticos en Atención Primaria

Con la colaboración de

ESP/INS/0012/14