

**Diagnóstico en salud
mental: una aproximación
ética**

Seminario interdisciplinar

FILOSOFÍA Y SALUD
MENTAL



Este artículo es fruto del seminario interdisciplinar del Grupo Aporia y el Instituto docente y de investigación Sant Pere Claver, cuyos miembros son: Leonor Almirall, Marcel Cano, Lluís de Àngel, Josep Maria Esquirol, Sabel Gabaldón, Lía Litvan, Lluís Mauri; Montserrat Picanyol, Sergio Ramos, Begoña Román, Mercè Teixidó, Jorge Tió y Berna Villarreal.

Editan:

Aporia  Grup de recerca
en Filosofia Contemporània,
Ètica i Política

www.aporia.cat

 **Sant Pere Claver**®
INSTITUT DOCENT-RECERCA

www.spcdocdent.org

Edición a cargo de: Begoña Román, Josep Maria
Esquirol y Gloria Cagigal.

Fecha de edición: Enero 2017

ISBN: 978-84-617-6741-0

No se permite un uso comercial de la obra
original ni la generación de obras derivadas.



Diagnóstico en salud mental: una aproximación ética

En este trabajo defenderemos las siguientes ocho tesis:

1. Desde el punto de vista ético, el objetivo principal del diagnóstico es orientar una intervención que procure la mayor funcionalidad y el mayor bienestar posibles.
2. En salud mental, el diagnóstico ha de ser adecuado e integral, de forma que tenga en cuenta tanto la comprensión holística como la explicación de carácter más causal.
3. Hay que subrayar la revisabilidad del diagnóstico, tanto por su naturaleza hipotética como por la plasticidad psicológica y psicopatológica de la persona, especialmente en las etapas evolutivas del desarrollo (infancia y adolescencia).

4. Es necesario ser muy conscientes de la importancia del diagnóstico y de las consecuencias incluso contradictorias que pueda tener. Si bien es un instrumento muy eficaz para mejorar la comprensión, intensificar la responsabilidad y proteger a las personas de los sentimientos de culpa y de las malas interpretaciones profanas, también puede tener usos inadecuados, o llevar a estigmatizaciones.

5. Conviene favorecer que el paciente forme parte del proceso y sea activo en la comprensión de su situación, lo que ya es un primer paso para afrontarla.

6. En función de las necesidades del paciente, la atención profesional debe incluir también a la familia o a sus personas allegadas.

7. Por el grado de afectación que los problemas de salud mental pueden comportar sobre la autonomía de las personas, se acentúa la responsabilidad profesional en relación al paciente, a sus derechos y a su proyecto de vida.

8. Conviene que haya trabajo de equipo y un espacio permanente de reflexión profesional compartida. Por parte de los profesionales lo relevante es la actitud de cuidar a las personas. Las teorías éticas sólo son valiosas si refuerzan esta actitud.

A continuación explicaremos más detalladamente cada una de estas tesis con el objetivo de lograr un consenso en los conceptos y finalidades en salud mental, así como una mejor comprensión sobre lo que se puede esperar de los profesionales y organizaciones sanitarias.

1. Desde el punto de vista ético, el objetivo principal del diagnóstico es orientar una intervención que procure la mayor funcionalidad y el mayor bienestar posibles.

Los principios generales y las reglas procedimentales de la ciencia de la medicina ofrecen sistemas categoriales, nosológicos, que permiten orientar a la comunidad de profesionales sobre lo que, desde parámetros de consenso clínico, le ocurre al paciente. Los diagnósticos facilitan, al compartir un vocabulario científico, avanzar y profundizar en el conocimiento de la enfermedad, etiología, tratamientos y pronósticos. El profesional de la salud mental (psicólogo, psiquiatra) necesitará una etiqueta para poder tratar clínicamente. El diagnóstico es el criterio que orienta sobre el tratamiento y es el medio que permite entrar en la cartera de servicios sociosanitarios.

Los diagnósticos son categorías abstractas, genéricas: su contenido se llena de la vida y de las

historias personales de los pacientes. Pero no son estas las que deben encajar en aquellos, sino que son los diagnósticos los que deben iluminar las historias personales de los pacientes y su relación con los profesionales. Se requiere un diagnóstico que identifique la situación clínica y, a raíz de ahí, comenzar un abordaje terapéutico para el paciente, para cuidarle, paliar su dolor y, cuando sea factible, curarlo. Parafraseando a Kant, podríamos decir que los diagnósticos sin las vidas de los pacientes son vacíos; pero que los pacientes y profesionales sin aquellas categorías son ciegos.

En salud mental, la recuperación de la persona no puede ser entendida sólo desde una perspectiva meramente fisicalista, en la que se recupera la normalidad, después de una lesión o enfermedad y gracias a una operación quirúrgica o a un fármaco. El concepto de *recuperación* es más amplio y abarca cuestiones como el empoderamiento (*empowerment*), el control sobre

la propia vida, la reconstrucción de la propia identidad y el estatus social, las relaciones interpersonales, la esperanza, el optimismo, las oportunidades de trabajo y/o estudio, el buen funcionamiento cognitivo, la disminución de los síntomas psiquiátricos, la reducción de las consecuencias del estigma y los estereotipos, etc. (Tew J., Ramon S., Slade M., et al., 2012; Leamy M., Bird V., Boutillier C., et al., 2011; Liberman R., y Kopelowicz, A., 2002 y 2004).

Es importante que el diagnóstico y el tratamiento consideren siempre su impacto en la vida cotidiana del paciente. Así, el diagnóstico no es la finalidad, es el medio que permite, como una brújula, orientar la relación asistencial y encontrar el tratamiento adecuado para devolver o promover, en el mayor grado y lo antes posible, la vida “normal” que el sufrimiento o el trastorno mental impiden. En salud mental, el resistir existencial (Esquirol, 2015), el saber y poder afrontar la vida, es un objetivo asistencial. Por

eso se debe trabajar desde el modelo centrado en la persona, una persona situada en contextos históricos (una familia, un barrio), una persona que tiene una historia y la quiere continuar protagonizando, ser autor además de actor.

La recuperación de este tipo de pacientes tiene como meta la calidad de vida a lo largo de su vida, se busca una “rehabilitación” o una “reinserción” en la sociedad sin (o con la máxima reducción o con control) de los síntomas psiquiátricos. Todo lo cual sólo se puede lograr desde la aplicación del modelo bio-psico-social (al que hay que añadirle la dimensión espiritual o de búsqueda de sentido).

La salud mental no encaja en un modelo biomédico, éste ha de ser más holístico, integral. Para comprender la salud mental tampoco ayudan definiciones como la de la OMS de 1946: “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Es demasiado

ambicioso pedir que alguien tenga un “estado completo” para poder decir que tiene “salud” (Armengol, 2015).

La Organización Mundial de la Salud (1994), sensible a los desencajados de modelos asistenciales y de definición de salud, ha propuesto el concepto de “calidad de vida” (CV):

la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto y sistema de valores en el cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, normas y asuntos. Es un concepto muy amplio que resulta afectado de modo complejo por la salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, así como por los elementos esenciales de su entorno.

Pero nuevamente esta definición también conlleva problemas, por ello la literatura referente a la CV ha optado por dejar de definirla

y se ha enfocado en el análisis de cuatro directrices que pueden orientar su comprensión (Schalock y Verdugo, 2009: 32-40). El conjunto de todas esas dimensiones es lo que cabe considerar como el constructo completo de la CV:

1. Asumir su carácter multidimensional y la necesidad de desarrollar indicadores referentes a las distintas áreas.
2. Evaluar tanto objetiva como subjetivamente la vida de la persona.
3. Diferenciar los resultados a corto y a largo plazo.
4. Ceñirse a los predictores de los resultados de calidad.

Al admitir el carácter *multidimensional*, la CV asume que hay involucradas cuestiones referentes a relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, bienestar físico,

autodeterminación, bienestar material, bienestar emocional y derechos humanos (Schalock y Verdugo, 2002 y 2009). Aunque se puede discutir si estos aspectos son los que verdaderamente están vinculados a la CV, sí que hay acuerdo en que se tenga en cuenta qué es lo que las personas más valoran en su quehacer diario (Puyol, 2016).

Quizás este concepto de salud más modesto, con mayor contención y precisión, es mejor a la hora de hablar de la salud mental, la alusión a la “cotidianidad” y a la “funcionalidad”, en el sentido de que la persona pueda volver a su rutina, realizar las actividades diarias y llevar a cabo sus proyectos. El objetivo es la salud mental, es decir, que el paciente se encuentre bien en su vida cotidiana, destacando los aspectos que no funcionan pero promoviendo también las capacidades y potencialidades que sí tiene.

2. En salud mental, el diagnóstico tiene que ser adecuado e integral, debiendo tener en cuenta tanto la comprensión holística como la explicación de carácter más causal.

A finales de los 70, más o menos por la misma época en que se publicaba el Informe Belmont, documento que sentaba las bases de lo que sería la bioética, el psiquiatra G.L. Engel denunciaba que la salud mental no encajaba en los estrechos límites del modelo biocéntrico que imperaba en el ámbito clínico. Dicho modelo consideraba la enfermedad desde parámetros estrictamente físicos y somáticos, sin tener en cuenta aspectos psico-sociales.

Engel opinaba que las discusiones sobre el estatus de la psiquiatría (sobre si era una ciencia médica; si tenía que abandonar aquel ámbito y ceñirse al estudio de la conducta, o si debía ser más bien antipsiquiatría porque las enfermedades mentales son ideológicos productos socioculturales), en realidad evidenciaban que no

era sólo la psiquiatría la que no encajaba en el modelo de las ciencias naturales, sino que era la medicina misma la que debía abandonar aquel modelo y adoptar otro, más holístico, que denominó el modelo bio-psico-social. Eso no significaba renunciar al método científico, con sus evidencias y su éxito, pero sí se hacía eco de sus insuficiencias. Pues una medicina en exceso volcada en lo somático, en los fenómenos cuantificables y evidentes, corre el riesgo de olvidar que es la persona la que tiene problemas de salud y quien lo vive particularmente¹. La

¹ El modelo bio-psico-social no está exento de críticas. McLaren N. (1998) realiza un análisis del estatuto epistemológico del modelo bio-psico-social y según él carece de una metodología rigurosa. Tampoco define el modelo, únicamente establece cómo debería ser. Al final, la postura de Engel G. acaba siendo, al parecer de McLaren N., sólo un “caso emotivo” que reivindica la humanización de la medicina. Para Nassir G. (2008, 2010 y 2011) el modelo bio-psico-social no hace sino afirmar que todas las patologías tienen aspectos biológicos, psicológicos y sociales, lo cual es un hecho trivial, pero no explica cómo interactúan ni qué importancia tienen los distintos componentes bio-psico-social respecto a la etiología, patogénesis y tratamiento (2010:58). El

persona es más que una historia clínica de patologías; y, del mismo modo, la salud mental comporta un estado dinámico que se vive subjetiva y socialmente.

Los términos ingleses *disease* e *illness* se hacen eco de las diferentes perspectivas, la biologicista y la bio-psico-social, desde las que se puede considerar la enfermedad. *Disease* alude más a lo externamente verificable mediante la evidencia empírica, a las pruebas objetivas sobre el estado patológico; mientras que *illness* indica la percepción del paciente. Basarse sólo en la mera

problema reside en establecer cuándo una situación clínica es *bio*, *psico* o *social* y qué peso tienen estos. Esta dificultad se hace más evidente en la investigación. Las hipótesis científicas han de tener unos objetivos claros y contrastables, delimitados y especificados. Esta misma inespecificidad supone que cualquier enfoque podría tener cabida en lo bio-psico-social (2010:83). Nassir G. (2008:39), apoyándose en McHugh P. y Slavney S., continúa la crítica del modelo comparándolo con una lista de ingredientes necesarios para una receta de cocina, que es distinta de la receta en sí: para cocinar no es suficiente con conocer los ingredientes, hemos de saber la cantidad, el orden y cómo juntarlos. Y de ese modo, en último término, “el clínico esencialmente hace lo que quiere”.

comprobación de aquello considerado como *disease* supone definir a la persona desde parámetros estrictamente biomédicos, objetivables, dejando de lado las situaciones biográficas que tanto inciden en la salud mental. El análisis de la etiología y del tratamiento de las enfermedades mentales se ha basado en los aspectos empíricos, contrastables, y no tanto en la percepción del paciente que, en ocasiones, niega la enfermedad (hay *disease*, pero no *illness*).

Un diagnóstico clínico basado exclusivamente en pruebas empíricas cuantificables, con soporte de algoritmos y probabilidades, corre el riesgo de ignorar estructuras psicopatológicas subyacentes y, sobre todo, evita la relación interpersonal clínico-paciente al centrarse en la enfermedad y no en la persona que sufre. Además deja fuera toda posibilidad de cuestiones más personales y éticas (Gabaldón, S., 2013:154) fundamentales para la alianza terapéutica. Y es en esa alianza por donde

empieza el establecimiento de un diagnóstico, el tratamiento, la recuperación.

Sin embargo, fundamentar el acto clínico en lo meramente subjetivo, a lo que indica *illness*, deja abierta la puerta a la interpretación meramente subjetiva sin criterios rigurosos y verificables. No podemos ceñirnos tampoco exclusivamente a la percepción del paciente sobre su propia situación, necesitamos también de datos objetivables y contrastables con los que poder elaborar hipótesis científicas.

Un planteamiento meramente subjetivo puede incurrir en tres tipos de falacias: afectiva, cognitiva y de distorsión de la realidad (Katsching, 2000: 8-9). La falacia afectiva señala que una persona en un momento afectivo, como puede ser un estado depresivo, puede verbalizar sentimientos sobre su felicidad y calidad de vida de manera totalmente negativa, siendo incluso peores que los de un observador imparcial, o incluso de los del mismo paciente una vez

recuperado. La falacia cognitiva es el resultado de una mala valoración por parte del paciente, debido a déficits intelectuales, como son los casos de demencias o de retraso mental. La falacia de distorsión de la realidad se produce al realizar juicios sobre la calidad de vida basándose en delirios y/o alucinaciones.

La salud mental no encaja en el modelo meramente biomédico por su desconsideración hacia los aspectos psicosociales. Seguramente es la exigencia de eficiencia del tratamiento la que presiona a la evidencia del diagnóstico y acudir al recurso más fácil de tomar un fármaco para, rápidamente y sin más participación del paciente que la toma de la gragea, “se resuelva el problema”.

Es imposible negar la unidad biopsicosocial del ser humano. Como ya nos advirtió Aristóteles, y como lo recuerda Gadamer, el alma es la vida del cuerpo; pero el alma no constituye un sector, una parcela, un

dominio a dominar por las ciencias médicas-naturales. Los problemas mentales también son espirituales y filosóficos. Los enigmas mentales y espirituales, sin embargo, no son meramente cuestiones a entender y dominar; también hace falta comprender, es decir, abrazar, aceptar y acoger, sentirse interpelado por preguntas para las que no siempre tenemos respuesta.

La física del s. XX ya se hacía eco de las dificultades de la absoluta certeza y precisión, de querer medirlo todo. En el fondo de esos fracasos en las definiciones de salud, calidad, de vida, etc., se halla el querer abordar lo que no se deja abordar completamente, en querer comprender lo que no se puede comprender del todo. Y el profesional se bate en un deseo de comprender lo incomprensible: porque la comprensibilidad tiene límites vagos, y porque el humano es un animal viviente enigmático, siempre hay algo que se escapa. La vida del humano no es la de un ser vivo sin más: es un

viviente lingüístico, histórico, que construye sentidos y mundo. Por eso los profesionales deben atender interdisciplinarmente, integralmente, coordinadamente, prudentemente y humildemente.

3. Hay que subrayar la revisabilidad del diagnóstico, tanto por su naturaleza hipotética como por la plasticidad psicológica y psicopatológica de la persona especialmente en las etapas evolutivas del desarrollo (infancia y adolescencia).

La revisión del diagnóstico es ineludible dados los cambios debidos al proceso evolutivo de las personas, cambios especialmente significativos en el caso de la atención a la población infantojuvenil.

La persona con trastorno mental, en algunos trastornos psiquiátricos como la psicosis, puede negar su condición de enfermedad. Y no lo es mismo que a uno le pase algo, que lo que le

pase sea que no se entienda consigo mismo ni con nadie, o que no comprenda la realidad. La persona con trastorno mental teme la enfermedad porque no es sobre “algo” que le va mal, más o menos objetivo y localizable; en el trastorno mental el sufrimiento es mayor y difuso porque es todo él lo que va mal y se aferra, como no puede ser de otro modo, a esa personalidad que es uno mismo y que teme perder. El paciente quiere que le quiten el sufrimiento, no su personalidad. Quizás ese es el motivo por el que muchos jóvenes abandonan el tratamiento: los efectos en su aspecto físico, el aumento de peso, la excesiva somnolencia, etc., no compensan el dejar de oír voces, por ejemplo.

Todo ello comporta incertidumbre, desorientación, sufrimiento. Disponer de un diagnóstico clínico que conteste a las preguntas del paciente sobre la razón de su situación puede tranquilizarle. El diagnóstico contempla a la persona como paciente y como miembro de

comunidades, es decir, como alguien que padece y, por tanto, alguien al que se le debe cuidar, orientar e incluir en la toma de decisiones que le competen y en la sociedad.

El diagnóstico tiene componendas *epistemológicas*. El consenso de los expertos sobre estos temas permite mejor comunicación interprofesional, elaborar protocolos y recoger evidencias de tratamientos eficaces. Según el tipo de teoría nosológica utilizada para su elaboración, se puede derivar un diagnóstico u otro (Reich W., 2001:191-200). Se suelen tener como referencia el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, más conocido como “DSM-V” y la *Clasificación internacional de enfermedades* o “CIE-10”. La gran diferencia entre éstos es que el DSM-V está enfocado al ámbito psiquiátrico y no tiene una correlación con otras especialidades médicas, a diferencia del CIE-10, que no se basa únicamente en psicopatologías e incorpora otras disciplinas. Los profesionales pretenden así evitar

el subjetivismo utilizando criterios científicos – empíricamente justificables—; por ello también los diagnósticos están en constante revisión (Santander F., 2000:116).

Como señala Fernando Santander (2000:114), el diagnóstico en salud mental viene a ser el soporte y punto de partida del “acto psiquiátrico”, por este motivo el diagnóstico señala el tipo de intervención psiquiátrica necesaria, establecerá el grupo de sujeto susceptible de tratamiento psiquiátrico y, en consecuencia, hará referencia a algún tratamiento concreto.

El diagnóstico es la puerta de entrada al tratamiento y a los servicios profesionales en general. Sin diagnóstico no se entra hoy en la cartera de servicios: esa presión puede tergiversar el seguimiento si no se reconsidera a la luz del transcurso vital del paciente. Otra cosa es que una vez dentro del sistema sanitario y de diagnósticos, precisamente por la maleabilidad de

la mente, pueda corregirse, ajustarse, reconsiderarse, tanto al diagnóstico como al tratamiento, a la luz del mejor conocimiento de la historia de vida del paciente y en base a las evidencias empíricas. Forma parte pues de la responsabilidad profesional, la revisabilidad del diagnóstico.

4. Es necesario ser muy conscientes de la importancia del diagnóstico y de las consecuencias incluso contradictorias que pueda tener. Si bien es un instrumento muy eficaz para mejorar la comprensión, intensificar la responsabilidad y proteger a las personas de los sentimientos de culpa y de las malas interpretaciones profanas, también puede tener usos inadecuados, o llevar a estigmatizaciones.

El diagnóstico en salud mental permite explicar comportamientos. El diagnóstico también puede tener consecuencias *legales* en

tanto que clarifica las conductas de la persona con trastorno mental e incluso le pueden servir de atenuantes o eximentes. Asimismo puede conllevar importantes consecuencias *sociales* que tienen que ver con la *explicación, mitigación y exculpación* (Reich W., 2001:201-211), pues apelar a él puede suponer una catalogación y acceder a recursos sociales.

Cabe alertar también de los malos usos o abusos del diagnóstico. Un mal uso —abuso— del diagnóstico se da cuando se apela a la etiqueta del diagnóstico “un esquizofrénico”, “un depresivo”, etc., reduciendo la persona a su patología, con las consiguientes opiniones estereotipadas que dicho etiquetaje conlleva². Por

² Sería extraño que un periódico diera la noticia: “Diabético asesina a su madre en Móstoles”, mientras no lo es (así fue la noticia real): “Esquizofrénico asesina a su madre en Móstoles”. Con tal juicio se contribuye al estigma social sobre la enfermedad mental, asociándola a violencia y dando por supuesto que la esquizofrenia es la causa del asesinato.

ejemplo, puede haber interés en que la persona sea catalogada como “enfermo mental” con el objetivo de ser eximido de la pena, o para acceder a una contraprestación económica, o una incapacitación, etc.

También hay conductas que pueden ser consideradas como “extrañas”, “raras”, “infrecuentes”, etc., pero no por ello necesariamente han de ser fruto de una psicopatología. El problema del genio y de la locura (por citar algunos referentes del ámbito filosófico, Nietzsche, Kierkegaard, Rousseau, o en poesía Hölderlin o L. M Panero) muestra la dificultad de averiguar hasta qué punto lo extraordinario es fruto de su agudeza genial o de la misma enfermedad.

El diagnóstico tiene repercusiones en el paciente, en su familia, y también en el profesional que lo atiende, modulando las expectativas sobre el pronóstico y evolución del paciente y los recursos asistenciales que considere

o no necesarios movilizar para su atención. En definitiva, hay factores sociales y económicos determinantes de la salud mental.

5. Conviene favorecer que el paciente forme parte del proceso y sea activo en la comprensión de su situación, lo que ya es un primer paso para afrontarla.

Beauchamp y Childress, en su conocida obra *Principios de ética biomédica*, proponían corregir, desde unas bases éticas humanistas, el desmadre fruto de la euforia biomédica. Con ellos nacía la escuela del principialismo, la que más aceptación y seguimiento ha tenido en Bioética. Ellos insistían que ni todo lo que técnicamente se podía hacer era legítimo hacerlo éticamente; ni la proliferación de medios técnicos debía ir en desmedro del humanismo. Si en un tiempo en las labores y trabajos del cuidar faltó técnica, ahora se constataba la falta de compasión. Con sus cuatro principios ponían de

relieve la necesidad del respeto a la autonomía del paciente, desde la cual se ponderaban los riesgos y beneficios de la maleficencia y la beneficencia en una sociedad que se quiere justa.

El diagnóstico y tratamiento adecuados e integrales pretenden crear capacidades y que los pacientes puedan decidir por ellos mismos de forma responsable. La crítica de fondo al modelo paternalista consistía en reducir al sujeto a mero objeto de atención asistencial a merced del poder médico. Al principialismo, no obstante, se le reprochó el exceso de autonomismo y de generalización, olvidando la fragilidad y vulnerabilidad de un paciente que puede no ser competente para tomar decisiones y que antes de preguntarle sin más por lo que quiere, necesita ser cuidado, aun cuando niegue su condición de estar necesitado de ayuda.

Sin embargo, el respeto a la autonomía del paciente del principialismo tampoco encaja sin más en la salud mental, porque precisamente de

lo que en algunas ocasiones carece la persona con trastorno mental es de la conciencia de enfermedad, por lo que su decisión no es autónoma porque no es competente. En otras ocasiones la ayuda que requiere es de mera orientación, de acompañamiento, porque él solo no puede tomar ciertas decisiones.

El profesional clínico a veces quiere que el paciente “ya venga pensado”, con independencia del diagnóstico que se le dé: como si lo que ocurriera no fuera con el paciente y este se pudiera mantener, con independencia de su sufrimiento o diagnóstico, como un espectador imparcial. Precisamente el modelo biopsicosocial viene a corregir esa presunción del principio de respeto a la autonomía. El sufrimiento mental, o el propio trastorno, trastocan integralmente a la persona y su mundo, haciendo que el proyecto de vida se vea amenazado. Y le lleva un tiempo hacerse a la idea, recomponerse, reconstituirse y resituarse. La falta de atención a los ritmos

vitales, al cómo y al cuándo se dio el diagnóstico, obliga a que, trascurrido un tiempo, se vuelva a abordar el tema sobre si ha pensado qué hacer.

El triunfo del principialismo en bioética puso en el centro del modelo asistencial a la autonomía, dando por supuesto que la enfermedad (fundamentalmente la somática) no afecta a la capacidad de tomar decisiones, a la racionalidad práctica. Desde ese modelo, para poder hablar de decisiones autónomas, competentes, se requiere de unas habilidades cognitivas. Sin embargo, muchos de los consentimientos informados se hacen *ipso facto*: se da el diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento y en un solo acto clínico único, el paciente debe saber qué hacer. La carencia de estas habilidades denota “no autonomía”, lo cual es frecuente en personas con trastorno mental severo. De ese modo, y en contra de la clásica sentencia latina de “*volenti non fit iniuria*” (“consintiendo no se comete injusticia”), cuando se da falta de

competencia o de opciones, el consentimiento puede generar mucha injusticia para con uno mismo y de ella habría que protegerle si los riesgos para él o para terceros fueran demasiado altos.

Desde el modelo de autonomía se afirma que todo paciente tiene derecho a la información clínica, la cual también hace alusión al conocimiento de su diagnóstico. Sin embargo, esta situación podrá verse comprometida en situaciones de delirios, alucinaciones, etc., en los que la persona no pueda decidir de manera autónoma o cuyo etiquetaje sea vivido por el paciente como un ultraje y, en coherencia, no vuelva más a la consulta. Cómo y cuándo dar la información sobre el diagnóstico en salud mental no es un tema menor. Sabemos, incluso, que el modo en el que se dé la información puede mejorar la comprensión del paciente (Carpenter W., et al., 2000; Dunn LB., et al., 2001a, 2001b). Pero es que además, habrá que garantizar que no

se hará más daño del que por sí el trastorno o el sufrimiento mental generan.

El paciente es el eje central de la relación asistencial: en eso se basa el llamado modelo centrado en la persona y no en el fármaco o en la eliminación del síntoma. Cuando se trata así, se obtienen respuestas positivas, tanto éticas como clínicas (Frese F., 2010). En tales casos, los pacientes pueden sentirse más empoderados, más satisfechos consigo mismos, no sentirse discriminados,³ etc. Sin obviar que cualquier persona competente puede tomar decisiones precipitadas, imprudentes o irracionales, y que también el error enseña, en el fondo habrá que ponderar el nivel de riesgo razonable que responsablemente se consiente o no, pero esto no indicaría, *de suyo*, que el paciente no está

³ Esto, por ejemplo, es lo que se ha detectado en aquellos pacientes que deciden recabar un documento de voluntades anticipadas o en la planificación anticipada de las decisiones (Ramos S., y Román B., 2014; Ramos S., y Robles B., 2015; Ramos S., 2015a).

capacitado para decidir. En casos de incompetencia para la toma de decisiones siempre debería buscarse el mayor interés para el paciente *y con el paciente*, y siempre optando por la opción menos restrictiva de su voluntad y de su vida cotidiana (Ventura T., Navío M., et al., 2014).

Es importante por ello distinguir entre capacidad de derecho o legal, y capacidad de hecho o competencia, pues esto va a incidir en que sea la persona quien decida o sea otra por representación quien lo haga. La primera hace alusión a las exigencias que solicita «el ordenamiento mediante los que se reconoce la aptitud del sujeto para ejercer sus derechos y realizar actos válidos» (Simón P., 2000:315). La segunda se vincula con las «aptitudes del sujeto, aquí y ahora, para realizar dicho acto y no otros». Este último término, la *competencia*, es

para describir el estado de un paciente que puede, legítimamente, participar en la toma de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento para su enfermedad, porque posee las aptitudes y habilidades psicológicas necesarias para garantizar que su decisión es expresión de un grado suficiente de autonomía personal (Simón P., 2000:337).

Los estudios empíricos que evalúan la competencia⁴ de los pacientes suelen centrarse en el análisis de cuatro criterios, que son los establecidos en el test “MacCAT-T”: comprensión, razonamiento, apreciación y expresión de una elección (Grisso T., y Appelbaum P., 1998). La comprensión hace referencia a la habilidad de la persona para entender la información que el médico le está proporcionando sobre el diagnóstico de la

⁴ Un análisis exhaustivo sobre los distintos modos de evaluar la competencia de los pacientes se encuentra en Simón P. (2008).

enfermedad y su tratamiento. El razonamiento se centra en el análisis de la habilidad para procesar y analizar la información, ponderando las distintas alternativas terapéuticas en relación a las reacciones adversas y el posible impacto de éstas en su vida cotidiana. La apreciación consiste en la capacidad del paciente para relacionar toda esa información con su propia situación. Lo que se pretende es saber si el paciente conoce su diagnóstico y si es consciente de que el tratamiento puede beneficiarle. Finalmente, la expresión de una elección se refiere a la habilidad para comunicar su decisión respecto al tratamiento médico propuesto.

La competencia se muestra en un contexto específico al manifestar las capacidades relevantes para desempeñar un cometido específico. La competencia puede variar: una persona puede ser capaz de realizar un acto y ser incapaz para otro, e incluso puede modificarse con el tiempo, de manera que la competencia ha

de ser concebida como gradual (Beauchamp T., y Mccullough L., 1983:139-142). Es razonable sostener que a mayor gravedad en la elección, mayor deber ser el grado de competencia exigido al paciente.

La competencia (o capacidad de hecho) ha de entenderse como un *continuum* que va desde la incapacidad total a la capacidad total. El grado de competencia en una persona puede ser fluctuante, y más aún en pacientes psiquiátricos cuya sintomatología evoluciona por fases en las que puede haber una mejoría o empeoramiento clínico, por eso su valoración, para determinar si hay o no competencia, ha de ser continuada y periódica. De la misma manera que con cualquier otro tipo de paciente, en la enfermedad mental hemos de partir de que las personas son competentes para la toma de decisiones, excepto en casos claros como agitación psicomotriz, delirios, etc., y en todo caso hay que demostrar,

mediante los instrumentos que evalúan la competencia, si no lo son.

En definitiva, para promover la autonomía, hay que saber apreciar el grado de competencia del paciente, subrayar las potencias y no sólo los déficits. El objetivo debe ser estabilizar, capacitar y generar vínculos familiares, sociales y profesionales. Los profesionales pueden estar o no de acuerdo con la decisión del paciente, pero si este es competente y su decisión no es contraria al ordenamiento jurídico ni conlleva una mala práctica del profesional (*lex artis*), debe ser respetada.

El estudio de El-Wakeel, Taylor y Tate (2006) muestra que los pacientes se interesan por los riesgos y complicaciones del tratamiento, cuáles son las opciones alternativas, cómo afectará a su vida cotidiana, qué sucederá si no continúan con la medicación, o si esta tiene y cuáles son los efectos secundarios, y qué sucederá durante la estancia hospitalaria. Todo

ello significa que en el proceso informativo hay que compaginar la autonomía de las personas con los principios de beneficencia y no-maleficencia. Qué nivel de riesgo se está dispuesto a asumir es la pregunta que debe acompañar el proceso de toma de decisiones.

Si bien el diagnóstico “es innegociable” con los pacientes, el momento y la forma en que se transmite la información es fundamental para lograr su comprensión y favorecer la adherencia al tratamiento. Todo ello en miras de establecer una alianza terapéutica, la cual se pone en peligro con las mentiras, aunque sean piadosas. El ritmo de la información lo debe marcar el paciente y su capacidad de entenderla y resistirla: todo lo que se le diga debería ser verdad, pero la dosis de verdad la marca el paciente y la prudencia del profesional sobre la capacidad de aquel de entenderlo y reconciliarse con él.

La prudencia se convierte en una virtud clave del profesional a la hora de dar la

información en forma veraz e inteligiblemente para la persona en ese momento y en las dosis oportunas para no colapsarlo. En ese clima de confianza, de estabilidad, de competencia sobre su propia enfermedad, son los pacientes los que decidirán las cuestiones vinculadas a la información, es decir, a quién informar, a quién no, qué tipo de información, etc. También cabe gestionar los riesgos de compartir el diagnóstico en la coordinación con otros profesionales: no conocer la problemática mental supone unos riesgos, conocerla puede comportar otros.

Jacqueline Atkinson (1989) menciona que en ocasiones los psiquiatras, cuando han de informar (u omitir) el diagnóstico de esquizofrenia, toman criterios éticos distintos. Los partidarios de “no explicar” aluden a que el conocimiento del diagnóstico por parte del paciente podría causarle un daño adicional (más ansiedad, depresión, baja autoestima, etc.), lo que va a implicar que los profesionales se involucren

y tomen decisiones conjuntas con los familiares, además de tener que hacer una pedagogía de información. Quienes defienden la tesis de negar la información al paciente también alegan que los clínicos no siempre están convencidos del diagnóstico y pronóstico, de modo que prefieren estar completamente seguros sobre qué es lo que realmente le ocurre al paciente. Añaden, además, que si el conocimiento del diagnóstico puede dañar al paciente, repercutirá en la relación asistencial.

Por su parte, aquellos que sostienen la necesidad de información defienden el indiscutible derecho a esa información y el consiguiente deber de satisfacerlo, sin que perjudique al derecho a ser cuidado. A ello agregan que si el paciente tiene conocimiento de su diagnóstico clínico, resultará más fácil comenzar a trazar líneas terapéuticas en un marco de decisiones compartidas, también si cabe con la familia. Otro motivo sustancial para

informar a los pacientes es el hecho de que, tarde o temprano, —y más aún hoy con el acceso a la información por internet— el paciente querrá saber qué le pasa sin contar con suficiente criterio clínico.

La peculiaridad de los niños y los adolescentes, su capacidad de entender las implicaciones y los impactos en su proyecto de futuro, aconsejan mayor precaución en su comunicación. Un ocultamiento de la información provocará tensión familiar, restricciones o evitaciones en las conversaciones familiares, etc. Esta opción tendría que ser sopesada y provisional, puesto que en el fondo tendrá consecuencias negativas, de modo que el principio de no-maleficencia y el de autonomía (el derecho a la información) tendrían que primar. Algo semejante ocurre con la persona con trastorno mental grave que rotundamente niega su enfermedad.

En cualquier caso, sea específicamente en el proceso de elaboración del documento de voluntades o en el seno de la relación asistencial —en general—, los clínicos tendrían que tener una responsabilidad de fomentar la autonomía del paciente. Hemos de pasar de modelos paternalistas a otros basados en la autonomía y la dignidad. Esto implica involucrar al paciente en la decisión, informándole sobre todas las cuestiones vinculadas a su salud y acordando con él a quiénes y hasta dónde quiere incluir a otras personas en la decisión. Una mala comunicación entre paciente-profesionales va a deteriorar el proceso de empoderamiento. En definitiva, lo que se pretende es una mirada y escucha atenta hacia el paciente, sus valores y premisas, y siempre desde el respeto.

La palabra “paciente” alude al sufrimiento de una persona que requiere paciencia y cuidados, lo que significa que, para continuar siendo agente de su vida, va a requerir

acompañamiento. Ese es el caso claro del paciente con enfermedad mental: no siempre tiene plena autonomía y por eso es conveniente acompañarle, aconsejarle. Por eso la tarea previa a hablar de autonomía es la de empoderarle, para que la tenga o la recupere, crearle capacidades. El empoderamiento supone un proceso de acompañamiento. Es esa relación de confianza y confianza el contexto en el que tenemos que enmarcar las decisiones sobre el tratamiento. La autonomía no siempre está al inicio: también hay que prescribirla en la medida de lo posible. Y esto es especialmente clave en el caso de los niños y adolescentes, especialmente vulnerables por estar en juego su evolución y desarrollo.

6. En función de las necesidades del paciente y de las características de su entorno, la atención profesional debe incluir también a la familia o a sus personas allegadas.

En el diagnóstico se deben también contemplar los conflictos intra e interpersonales, familiares, etc., que han podido intervenir en el proceso psicopatológico, o simplemente en su malestar o sufrimiento. El diagnóstico en salud mental difícilmente puede esquivar esos aspectos sociales, especialmente cuando de lo que se trata es de acertar con un tratamiento que permita mantener la vitalidad, las ganas de continuar viviendo. La finalidad es *apropiarse* de la vida que el sufrimiento expropia al paciente y a su entorno personal más cercano. En la cultura mediterránea la familia sigue siendo la principal unidad social de cuidados. Y en el caso del trastorno mental, esta se ve muy afectada. En el caso de España además, hay una enorme tendencia a incapacitar jurídica y totalmente a las personas con discapacidad y con trastorno mental grave. Se calcula que aproximadamente un 90% de las

incapacitaciones son totales, pues la tendencia en España es valorarla “para todo y para siempre”⁵.

El manejo de la información cuando la persona viene acompañada de familiar o de tutor también comporta otras problemáticas éticas. Cada persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada. Se debe informar a los pacientes, y a sus familias o personas más allegadas contando con la opinión del paciente, para que este participe siempre en su proceso terapéutico e incluso nos diga a quién podemos y a quién no podemos informar.

En principio pues, el profesional ha de informar principalmente al paciente, ya que es el principal afectado y es el titular de la información clínica. Pero como la gran mayoría de pacientes

⁵ Este es uno de los resultados que se desprenden del Observatorio sobre salud, autonomía, competencia y derechos humanos, p. 12.

suelen convivir con su familia, es conveniente que conozcan la enfermedad, cómo afecta, cómo actuar ante recidivas... La familia, además, también puede actuar como soporte para que haya un mejor cumplimiento terapéutico, una reducción del estrés ambiental, reforzamiento de las habilidades cognitivas, sociales, etc. Los profesionales tendrían que actuar prudentemente para no precipitarse e informar a todos los miembros de la familia, así como de todos y cada uno de los detalles. Cada circunstancia y cada momento marcará el ritmo y la cantidad de información.

En la salud mental infanto-juvenil es especialmente relevante el papel de la familia y el entorno educativo en general. Ambos juegan un papel clave a la hora de posibilitar el diagnóstico. A la familia hay que incluirla en el tratamiento y su seguimiento a lo largo del tiempo y la evolución de la persona menor.

7. Por el grado de afectación que los problemas de salud mental pueden comportar sobre la autonomía de las personas, se acentúa la responsabilidad profesional en relación al paciente, a sus derechos y a su proyecto de vida.

El diagnóstico en sí “no es negociable” con el paciente, el tratamiento sí puede llegar a serlo, máxime cuando todo tratamiento supone una implicación del propio paciente. El tratamiento puede así ser una decisión compartida, excepto en casos puntuales en los que se pueda llegar a justificar éticamente actuaciones mal llamadas paternalistas (Alemany, 2011). En último término, en salud mental dichas acciones son inherentes a la responsabilidad del profesional de cuidar al paciente. Preferimos hablar de responsabilidad profesional cuando hay que acompañar a la persona a tomar decisiones cuando ella sola no puede, no sea que en nombre de evitar el extremo del paternalismo y la

hiperprotección, pasemos al otro extremo del abandono autonomista.

En ese sentido, es responsabilidad del profesional y/o de la familia, en tanto que cuidadores que tienen a su cargo a la persona frágil, protegerla de sí misma cuando “no es ella”, cuando no se entiende consigo misma, ni con los otros, y se siente extrañamente incomprendida. Deberíamos tener en cuenta que podrían darse situaciones de incompetencia para la toma de decisiones y que vengan a significar una urgencia médica, razón por la cual se podrían llegar a justificar ingresos o tratamientos involuntarios. Esto debería ser considerado como la excepción, y no la regla, pues la referencia es el consentimiento informado de la persona. Es responsabilidad profesional actuar “para proteger a las personas contra sus propias acciones porque no son autónomas” (Beauchamp T., y Childress J., 1999:262-263).

Se trata de hallar el término medio entre la hiperprotección, suplantadora de agencia e historia personal, y la hipoprotección que abandona a su (mala) suerte a un sujeto necesitado de cuidados y atención. El término medio algunas veces será propiamente una decisión autónoma, otras, decisiones compartidas y acompañadas, y otras, de asunción de responsabilidad profesional; y en cada situación específica es clave poder trabajar desde la proximidad (Esquirol J.M, 2015).

El proceso de maximización de la competencia de los pacientes fomenta un tipo de relación asistencial que comporta decisiones compartidas (Ramos S., 2012). La toma de decisiones compartidas consiste en un proceso interactivo entre los profesionales y los pacientes (frecuentemente acompañados de sus familias y/o tutores) en el que el profesional ayuda a su paciente a escoger qué tratamiento es el mejor,

en relación a sus valores, preferencias y circunstancias clínicas.

En el caso de que se tenga que tomar una decisión por representación son de ayuda los siguientes criterios: 1) El criterio subjetivo tiene como finalidad aplicar las instrucciones previas que la persona ha manifestado de manera oral o escrita; 2) El criterio del juicio sustitutivo de una persona competente que toma en nombre de otra que es incompetente y que ha de tener como referencia los deseos, preferencias etc., de la persona incapacitada y no los de quien ha de sustituirle y; 3) El criterio del mayor beneficio o del mejor interés cuando nunca haya sido competente, ni haya proporcionado argumentos serios al respecto, si carece de familiares o allegados que puedan aportar información, buscando el mayor beneficio evaluado desde la calidad de vida de la persona (Ramos S., 2015b).

Joan Canimas (Canimas, 2016), propone que pueden darse acciones proteccionistas

éticamente justificadas cuando se cumplen estas cuatro condiciones, y principalmente las tres primeras: (i) Es una medida necesaria, idónea, proporcional y respetuosa con la dignidad de la persona, que persigue evitarle un daño significativo y no es posible una medida alternativa menos intervencionista o acorde con sus preferencias o voluntad. (ii) La persona o personas afectadas no pueden dar su consentimiento para esta acción porque tienen algún tipo de incapacidad básica que les impide comprender las consecuencias de su acción. (iii) Se puede presumir razonablemente que la persona o personas darían su consentimiento si no estuvieran en la situación de incapacidad básica y, por lo tanto, pudieran conocer realmente cuál es su bien. (iv) La coacción se aplica de forma justa, con consideración y afecto, y provoca en quien la decide o ejerce un malestar moral razonable. Y pertenece a la responsabilidad profesional que una medida coactiva no se

convierta en una normalidad (como hemos dicho es la excepción y no la regla) poco reflexiva e insensible.

8. Conviene que haya trabajo de equipo y un espacio permanente de reflexión profesional compartida. Por parte de los profesionales lo relevante es la actitud de cuidar a las personas. Las teorías éticas sólo son valiosas si refuerzan esta actitud.

La medicina en general no es sólo una ciencia, sino sobre todo es un arte, el arte de tener cura, y comporta una *praxis*. De ese modo las tres dimensiones suponen que en la medicina se den las siguientes condiciones: 1) unos principios teóricos sobre leyes causales naturales a las que los humanos, en tanto que seres físicos, también nos vemos causalmente abocados. 2) Una reglas que guían la *praxis*, derivadas de los valores estándares y estadísticos, y que orientan sobre las dosis y la adecuación a los casos

particulares. 3) Ojo clínico y social, que es fruto de la propia biografía del profesional que no puede suplirse sólo con la experiencia de otros ni sólo con mera teoría. De esa experiencia dependerá también su dominio de la teoría; su práctica concreta, en un círculo hermenéutico, también influye en las futuras investigaciones y protocolos. Para todo lo cual se va a necesitar 4) de las virtudes de *frónesis* y la *epikeia* (prudencia y equidad) para saber ajustar y adecuarse al individuo único e irrepetible que tiene delante, con el que tiene que generar una alianza de confianza sin la cual nada podrá hacer a pesar de su ciencia y evidencias cuantitativas. Y para todo ello tendrá que dominar el arte de la conversación, que supone el milagro de que dos personas se comprendan y rompan el abismo que los separa. El arte de cuidar precisa del arte de interpretar (Gadamer, 2011).

La consecuencia de aplicar modelos basados en criterios biomédicos que no

contemplan otra variable que la “empíricamente observable” hace que la salud mental no encaje como mera ciencia médica biocéntrica. La salud mental tampoco encaja con el principialismo norteamericano de Beauchamp y Childress, pues remite en exceso a la autonomía del paciente y es desconsiderado con las dimensiones del cuidar y las virtudes profesionales (hábitos y disposiciones) que garantizan los vínculos y las capacidades que permiten estabilizar a una persona. La ética del cuidado viene a completar el exceso de racionalismo y abstracción del principialismo y reivindica lo afectivo y concreto que es el trato con la especificidad de la persona en particular y a lo largo de su historia (Gilligan, 2013). Por eso la formación de los profesionales de la salud mental ha de tener más en cuenta los planteamientos filosófico-hermenéuticos y las éticas de la responsabilidad, de la hospitalidad, del cuidado.

Todo ello se dirige a la finalidad de cuidar y curar al paciente. El arte de cuidar requiere del arte de interpretar y este exige ineludiblemente las categorías éticas de la mirada y escucha atentas que es la actitud de respeto a la inherente dignidad personal. Kant (2001) nos recordaba que las personas tienen dignidad y las cosas un precio. La dignidad es la condición de posibilidad de tener derechos, algo así como el derecho a tener derechos. Quien sufre es ante todo y antes que nada una persona. Por cierto, la dignidad no admite grados, la autonomía sí. La dignidad es intrínseca y nadie se la puede arrebatar a nadie, siendo su falta de reconocimiento una gran falta de respeto y de falta de profesionalidad. Schopenhauer, Levinas, Jonas, entre otros, añadieron que la condición de persona que sufre nos interpela, nos conmueve, generando compasión o empatía (los usaremos como sinónimos) por la cual ningún humano no es indiferente. Sin esa capacidad de compadecerse o

de empatizar, sin ese sentirse y saberse interpelados, nada ético se pone en marcha.

Porque el cuidado es un hábito, debemos fomentar unas virtudes en los profesionales asistenciales. En *Ética a Nicómaco*, Aristóteles definió la virtud como un rasgo del carácter que dispone de manera habitual a su poseedor a lograr la excelencia en su actividad humana. E. Pellegrino (1995:268; y 2002) habla de siete virtudes del médico (que son extensibles a los profesionales del cuidar en general): confianza, benevolencia, fortaleza y templanza, compasión, honestidad intelectual, justicia y prudencia. Lo verdaderamente importante es que posibilitan que las personas que las tienen reflejen un modo de ser y de actuar.

La virtud requiere asimismo de comunidad y de política: no se trata entonces sólo de que el profesional sea un buen profesional, sino de que también las instituciones del cuidar sean buenas instituciones. Eso requiere

una necesaria coordinación y delegaciones responsables, es preciso el trabajo en equipo de todos los profesionales que intervienen desde la comunidad.

Y como tomar decisiones que impactan en las vidas de otras personas es complejo y conlleva riesgos, es importante que las organizaciones y profesionales dinamicen comités o espacios de reflexión donde consensuar valores desde los que priorizar recursos y cursos de acción apropiados. Los espacios de reflexión y los comités de ética sirven para deliberar en grupo sobre problemáticas complejas, atendiendo a la pluralidad de perspectivas y a la especificidad de la historia personal.

El objetivo de todo ello es estabilizar, serenar, sosegar, acompañar al paciente, capacitarle para la reconciliación con su situación dándole diagnósticos, tratamientos y recursos, también morales, como la fortaleza o la

resistencia íntima (Esquirol, 2015). El cuidado implica un compromiso en el camino hacia la recuperación: eso, y no el diagnóstico en sí, es lo que hay procurar, no sólo conocimientos sobre lo que a uno le pasa, sino sobre todo promover la oportunidad de buscar una vida buena.

Bibliografía

ALEMANY M. “El paternalismo médico”. En: VVAA. *Derecho sanitario y bioética. Cuestiones actuales*. Valencia: Tirant Lo Blanc, 2011.

ARISTÓTELES. *Ética a Nicómaco*. Madrid: Centro de Estudios Constitucionales, 2002.

ARMENGOL, R. “Sobre las definiciones de salud. Salud mental y salud corporal” en *Filosofía y salud mental. Actas del V congreso internacional de Bioética*. Barcelona, 2004. Disponible en: www.aporia.cat.

ATKINSON J. “To Tell or not To Tell the Diagnosis of Schizophrenia”. *Journal of Medical Ethics*. 1989: 15:21-24.

BACA E. *Teoría del síntoma mental*. Madrid: Triacastela, 2007.

BEAUCHAMP T., MCCULLOUGH L. *Ética Médica. Las responsabilidades morales de los médicos*. Barcelona: Labor, 1987.

BEAUCHAMP T., CHILDRESS J. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson, 1999.

BROGGI M.A. *Gestión de los valores «ocultos» en la relación clínica*. Med Clin (Barc). 2003; 121(18):705-9.

CARPENTER WT JR, GOLD JM, LAHTI AC, QUEERN CA, CONLEY RR, BARTKO JJ et al. *Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research*. Arch Gen Psychiatry. 2000; 57 (6):533-8.

COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. “Comentario General nº 1 Artículo 12: Igual reconocimiento ante la ley”. http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD/C/GC/1&Lang=en [consulta en línea: 16 de marzo de 2016].

CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/docume>

nts/tccconvs.pdf [consulta en línea: 16 de marzo de 2016].

CANIMAS, J. “Decidir por el otro a veces es necesario” en *La incapacitación, reflexiones sobre la posición de Naciones Unidas*. Barcelona: Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols y Lucas, n° 39. 2016: pp. 13-31.

GADAMER, H. G. *El estado oculto de la salud*, Barcelona, Gedisa, 2011.

GILLIGAN, C. *La ética del cuidado*. Barcelona: Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas, n° 30. 2013: pp. 10-40.

DUNN LB, LINDAMER LA, PALMER BW, SCHNEIDERMAN LJ, JESTE DV. “Enhancing comprehension of consent for research in older patients with psychosis. A randomized study of a novel consent procedure”. *Am J Psychiatry*. 2001a: 158 (11):1.911-3.

DUNN L. B, JESTE D. V. *Enhancing informed consent for research and treatment*.

Neuropsychopharmacology. 2001b; 24 (6):595-607.

EL-WAKEEL H, TAYLOR G, TATE J. “What do patients really want to know in an informed consent procedure? A questionnaire-based survey of patients in the Bath area, UK”. J Med Ethics. 2006; 32(10):612-6.

ELBOGEN, E., Y JOHNSON, S. “The Intricate Link Between Violence and Mental Disorder. Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions”. Arch Gen Psychiatry. 2009; 66(2):152-161.

ENGEL G. “The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine”. Science. 1977; 196:129-36.

— “The Clinical Application of the Biopsychosocial Model”. Am J Psychiatry. 1980; 137:535-544.

ESQUIROL J. M. *La resistencia íntima*. Barcelona: Acantilado, 2015.

FRESE F. “On the Impact of Being Diagnosed with Schizophrenia”. *Journal of Mental Health*. 2010: 19(4):376–378.

FUNDACIÓ VÍCTOR GRÍFOLS I LUCAS. Quaderns de la Fundació 39. *La incapacitación, reflexiones sobre la posición de naciones unidas*. Disponible en: <http://www.fundaciogrifols.org/ca/web/fundacio/-/39-la-incapacitacion-reflexiones-sobre-la-posicion-de-naciones-unidas-pub-> [consulta en línea: 16 de marzo de 2016].

GABALDÓN S. “Un problema previo: el diagnóstico en salud mental”. En: VVAA. *Ética y modelos de atención a las personas con trastorno mental grave*. Madrid: Universidad Pontífica de Madrid, 2013.

GRISSE T., Y APPELBAUM P. *Assessing Competence to Consent to Treatment: A Guide for Physicians and Other Health Professionals*. New York: Oxford University Press, 1998.

KANT I. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Madrid: Alianza editorial, 2001.

KATSCHNIG, H. “Utilidad del concepto de calidad de vida en los trastornos mentales”. En: Katschnig, H.; Freeman, H. y Sartorius N. *Calidad de vida en los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 2000.

KEMP P., Y RENDTORFF D. *Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolan*. Barcelona: Institut Borja de Bioètica; Copenhagen: Centre for Ethics and Law, 2000.

LEAMY M., BIRD V., BOUTILLIER C., et al. “Conceptual Framework for Personal Recovery in Mental Health: Systematic Review and Narrative Synthesis”. *The British Journal of Psychiatry*. 2011; 199:445-452.

LIBERMAN R., Y KOPELOWICZ, A. “Recovery from Schizophrenia: a Challenge for the 21st Century”. *International Review of Psychiatry*. 2002; 14:245-255.

— “Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: definir la recuperación e identificar

los factores que pueden facilitarla”.
Rehabilitación psicosocial. 2004; 1(1):12-29.

MCLAREN N. “A Critical Review of the
Biopsychosocial Model”. Australian and New
Zealand Journal of Psychiatry. 1998; 32:86-92.

NASSIR G. *Psiquiatría. Conceptos. Una aproximación
pluralista a la mente y a las enfermedades mentales.*
Chile: Mediterráneo, 2008.

— *The Rise and Fall of the Biopsychosocial Model.*
Baltimore: The Johns Hopkins University Press,
2010.

— “The Biopsychosocial Model in Psychiatry: A
Critique”. An International Journal in
Philosophy, Religion, Politics, and the Arts 2011;
6(1).

PELLEGRINO E. “Toward a Virtue-Based
Normative Ethics for the Health Professions”.
Kennedy Institute of Ethics Journal.
1995(5):253-277.

— “Professionalism, Profession and the Virtues of the Good Physician”. *The Mount Sinai Journal of Medicine*. 2002; 69(6):378-384.

PUYOL A. “El valor del bienestar. Una idea sense ideal”. *Butlletí del Comité de Bio tica de Catalunya*, n  19, juny, 2016. Disponible en línea: <http://salutweb.gencat.cat/ca/canalsalut/butlleti-del-comite-de-bioetica-numero-19>.

RAMOS S. *La toma de decisiones compartidas en pacientes con esquizofrenia: cuestiones médicas y éticas*. Dilemata. *Revista Internacional de éticas Aplicadas*. 2012; 10:263-277.

RAMOS S., Y ROMÁN B. “Las voluntades anticipadas en pacientes con esquizofrenia: un instrumento para potenciar la autonomía”. *Revista de la Asociaci  Española de Neuropsiquiatría*. 2014; 34(121):21-35.

RAMOS S., Y ROBLES B. “La relación médico-paciente en salud mental: el documento de voluntades anticipadas y la planificación

anticipada de las decisiones”. *Rehabilitación Psicosocial*. 2015: 12(1):18-24.

RAMOS S. “Las voluntades anticipadas en salud mental. Una cuestión de ética, derecho y medicina”. *La Revista de Responsabilidad Médica*. 2015a, Septiembre: 70-86.

— “Las decisiones subrogadas en pacientes con esquizofrenia”. *Revista de Bioètica i dret*. 2015b; 33:68-81.

REICH W. “El diagnóstico psiquiátrico como problema ético”. En: Bloch S., Chodoff P., y Green S. (Ed.). *La ética en psiquiatría*. Madrid: Triacastela, 2001.

ROMÁN B. *Ética en los servicios sociales*. Barcelona: Herder, 2016.

SANTANDER F. (coord.). *Ética y praxis psiquiátrica*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2000.

SHALOCK, R. Y VERDUGO, M. *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza, 2002.

— “Revisión actualizada del concepto de calidad de vida”. En: Verdugo, M. (dir.) *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación*. Salamanca: Amarú Ediciones, 2009.

SIMÓN P. *El consentimiento informado*. Madrid: Triacastela, 2000.

— “La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente”. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2008: 28(102): 325-348.

TEW J., RAMON S., SLADE M., et al. “Social Factors and Recovery from Mental Health Difficulties: A Review of the Evidence”. *British Journal of Social Work.* 2012: 42:443-460.

VENTURA T., NAVÍO M., ÁLVAREZ I., BAÓN B. “La evaluación de la capacidad y sus problemas”. *Revista Eidón.* 2014: 41:12-27.

Aporia  Grup de recerca
en Filosofia Contemporània,
Ètica i Política

www.aporia.cat

 **Sant Pere Claver** 
INSTITUT DOCENT-RECERCA

www.spcdocdent.org