



SUMARIO

PÁGINA

TEMA DEL DÍA

PATERNALISMO Y AUTONOMISMO EN LA RELACIÓN DE AYUDA:
UNA REFLEXIÓN DESDE LA SALUD MENTAL

- JOSEP RAMOS MONTES 1

PENSAMIENTO ACTUAL

EL MODELO PREMODERNO DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.

- ROBERTO FERNÁNDEZ ÁLVAREZ 22

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA:
EL EJEMPLO DEL VÉRTIGO POSICIONAL PAROXÍSTICO BENIGNO

- JOSÉ LUIS BALLVÉ MORENO 50

ARTE, SALUD Y SOCIEDAD

LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE EN EL ÁMBITO RURAL
A TRAVÉS DE LA NARRATIVA

- JESÚS OCHOA PRIETO 61

EL FINAL DE LA VIDA

- ANDREA CATALINA DÍAZ GUEVARA

- ESPERANZA MARÍA MAYORCA SANABRIA..... 76



Fundació
Letamendi-Forns

REVISTA

FOLIA HUMANÍSTICA

Co-directores

Marc Antoni Broggi i Trias (PCBC)
Francesc Borrell (UB)

Jefa de Redacción

Núria Estrach i Mira (UAB/UB)

Consejo científico

Juan Carlos Hernández Clemente
Juan Medrano Albéniz
Vicente Morales Hidalgo

Correspondencia

Web:

<http://www.fundacionletamendi.com>

Correo electrónico:

info@fundacionletamendi.com

Envío de manuscritos:

[http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
lia-humanistica/envio-de-manuscritos/](http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
lia-humanistica/envio-de-manuscritos/)

Información editorial

Folia Humanística publica artículos por encargo solicitados a especialistas, así como aquellas propuestas enviadas por los autores y aceptadas tras su evaluación por pares de académicos especializados.

Los textos recibidos se publicarán en la lengua original (castellano, catalán, inglés y francés); los que se consideren de relevancia mayor serán traducidos al inglés y castellano.

Los artículos deben ser originales y acompañados del documento "derechos de autor" que encontrarán en la web, junto a las normas de presentación a seguir.

Cada artículo publicado al final tendrá especificado la referencia de citación, donde se incluirá el número DOI ®.

Distribución

La Revista *Folia Humanística* es de libre acceso a consultar online.

<http://www.fundacionletamendi.com/category/revista/>

Folia Humanística es una revista internacional que tiene el doble objetivo de fomentar, por un lado, la reflexión y el debate público en el ámbito de la Salud, Ciencias Sociales y Humanidades, y por el otro, la colaboración entre distintos equipos de investigación nacionales e internacionales que dinamicen el diálogo entre la filosofía de la medicina, la salud pública y la justicia social. Dividida en "Tema del día", (artículos para el debate), "Pensamiento actual", (artículos críticos de novedades editoriales), y "Arte, Salud y Sociedad", la revista se esfuerza en fortalecer las conexiones entre la investigación académica, la práctica clínica, las experiencias de los pacientes y sus implicaciones éticas y estéticas en la sociedad. Todo ello con la intención de favorecer la reflexión entre diferentes disciplinas sobre temas de actualidad y las tendencias más novedosas en el campo de las Humanidades y la Salud.

Folia Humanística is an International Journal, born with the dual aim of fuelling the discussion and public debate on issues of health, social sciences and humanities and on the hand, of fostering cooperation between various research groups, both national and International, to spur the dialogue between philosophy and medicine, public health and social justice. The Journal is divided into three different sections: "main focus" (article for debate), "Contemporary thought" (critical reviews of new Publications) and "Arts, Health and Society" which all contribute to strengthening the links between academic research, clinical practice, the experience of patients and their ethical and esthetical implications for society. Ultimately, the intention of the Journal is to promote reflection at the crossroads of several disciplines on topical issues and new trends in humanities and health.

PATERNALISMO Y AUTONOMISMO EN LA RELACIÓN DE AYUDA: UNA REFLEXIÓN DESDE LA SALUD MENTAL

Josep Ramos Montes

Resumen: La enorme fuerza con la que ha entrado la perspectiva de la autonomía de la persona en el ámbito sanitario, al igual que ha pasado con la irrupción de la gestión en el quehacer profesional, ha hecho tambalear el escenario de los valores en que se sustentaba la práctica médica, afectando especialmente al principio de beneficencia.

Procurar el beneficio del paciente sigue siendo un valor fundamental, sin el cual no se produciría el vínculo esencial de la confianza, pero no puede ser un valor absoluto en la medida en que debe ser incluido en el de la autonomía.

Del mismo modo, y a pesar de algunos enfoques antropológicos neoliberales actuales, tampoco la autonomía, en tanto que condición humana esencial, constituye siempre y en toda circunstancia, un bien absoluto, especialmente cuando se esgrime negando la otra cara de la condición humana, la vulnerabilidad.

A diferencia del enfoque con el que debe abordarse la discapacidad (Convención de Nueva York, 2006), la atención psiquiátrica ofrece ejemplos concretos de lo que puede ser un paternalismo éticamente justificado o, lo que es lo mismo, situaciones en las que la buena praxis clínica pasa por la limitación de la autonomía. En esos casos, resulta muy complejo conjugar el respeto por los principios clásicos en los que se fundamenta la bioética, especialmente cuando la persona atendida no tiene toda la capacidad mental para tomar sus propias decisiones responsables.

Palabras clave: *Autonomía/ beneficencia/ paternalismo/ Competencia/ salud mental.*

Abstract: PATERNALISM AND AUTONOMISM IN THE AID RELATIONSHIP: A REFLECTION FROM MENTAL HEALTH

The enormous force with which the prospect of the autonomy of the individual has entered the health field, as happened with the irruption of management into professional working tasks, has shaken the set of values on which medical practice was based, especially affecting the principle of beneficence.

Procuring the benefit of the patient remains a fundamental value, without which the essential link of trust could not be attained, but it cannot be an absolute value insolar as it must be included in that of autonomy.

In the same way, and despite current liberalist anthropological approaches, autonomy, an essential human condition, does not always constitute an absolute good, especially when it is used to deny the other side of the human condition, vulnerability. Unlike the approach with which disability should be addressed (New York Convention, 2006), psychiatric care offers examples of what can be considered as ethically justified paternalism or, which is the same situations in which good clinical practice works trough limitation of autonomy.

Marrying together respect for the classical principles on which bioethics is based is very complex, especially when the person treated does not have full mental capacity to make their own responsible decisions.

Key words: *Autonomy/ beneficence/ paternalism/ capacity/ mental health.*

Artículo recibido: 8 octubre 2020; **aceptado:** 15 diciembre 2020.

Desde sus inicios precientíficos, en tanto que práctica “alienista” en la época de la Revolución Francesa, la Psiquiatría ha evolucionado con grandes contradicciones entre la teoría y la práctica. Siempre enormemente sensible a las grandes crisis y cambios de paradigma acaecidos en la sociedad occidental y, asimismo, enfrentada a los numerosos interrogantes en relación al estudio de la conducta humana patológica. A pesar de lo cual, la Psiquiatría se ha legitimado históricamente por su capacidad pragmática de dar respuesta al problema social de qué hacer con la locura.

El concepto clásico de locura¹ ha ido cambiando en función de los contextos históricos, de los avances tecnológicos de la disciplina y de la mayor exigencia social de respeto hacia los derechos de las personas.

La Declaración de Hawái de la Asociación Mundial de Psiquiatría (1977) se hacía amplio eco de la necesidad de aplicar, también a los enfermos psiquiátricos, el principio de autonomía a través del libre consentimiento de cualquier medida terapéutica, con la excepción temporal de situaciones de extrema severidad clínica. El Informe Belmont (USA, 1978), aunque enfocado principalmente a los principios éticos que habían de presidir la experimentación con seres humanos, marca también un cambio fundamental para la atención a la salud mental.

Hacia los años 80, en los países más desarrollados, la Psiquiatría había superado un modelo de exclusión, el hospital psiquiátrico asilar, y se enfocaba hacia una asistencia psiquiátrica (ahora de “salud mental”) basada en la comunidad. A pesar

¹ Aunque abandonado ya por la terminología técnico científica, el término conserva aún un significado muy expresivo en el lenguaje común. Y a la vez, en la actualidad es reivindicado con orgullo por algunos autores pertenecientes a los movimientos activistas de personas afectadas por problemas de salud mental.

de ello, esta revolucionaria perspectiva no estaba exenta de nuevos espacios de marginación, quizás no tan evidentes, pero probablemente más complejos, especialmente en el acceso de las personas afectadas a los recursos sociales como la vivienda, el trabajo o la participación social.

LIBERTAD Y COACCIÓN EN LA RELACIÓN DE AYUDA: EL CONCEPTO DE COMPETENCIA

En situaciones de grave perturbación psiquiátrica y riesgo para el paciente, la restricción de la libertad como condición de posibilidad del tratamiento médico y psicológico, continúa siendo utilizada con muchísima frecuencia. Su fundamentación ética es clara y ya fue avalada sólidamente por el *Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina*, más conocido como Convenio de Oviedo (1997): en los casos de falta de competencia para decidir debida al estado mental producido por una afección psiquiátrica grave, debe prevalecer la protección de la salud de la persona por encima del valor de la libertad. Aunque, en la medida de la mayor jerarquía de ésta por ser un valor de primer orden, la restricción siempre deberá estar sujeta a determinadas condiciones y, por supuesto, al control judicial.

En el mundo sanitario, la coerción, en tanto que imposición de la voluntad de otro sobre la persona afectada, solo puede ser vista como una excepción al principio del consentimiento informado, que consagra la capacidad de decidir de cualquier ciudadano en base a su libertad de conciencia. Y, en tanto que excepción al reconocimiento de la libertad del otro, la coerción debe estar éticamente justificada.

La fundamentación ética de la sustitución de la voluntad del paciente ha sido tradicionalmente la de procurar su beneficio, su “mejor interés”. Este criterio es fácilmente reconocible en el caso de las decisiones que afectan a la vida de los menores de edad en situaciones de conflicto. El “interés superior del menor” se aplica, como principio jerárquicamente hegemónico, cuando se supone que la persona no

tiene madurez suficiente para decidir o valerse por sí misma y cuando esta circunstancia puede conllevar un riesgo o amenaza para ella².

Los trastornos mentales graves, como la esquizofrenia o las psicosis en general, el trastorno bipolar o la depresión mayor, representan una pequeña parte del conjunto de los problemas de salud mental, pero son enormemente trascendentes para las personas que los sufren, las de su entorno y el conjunto de la sociedad. Los síntomas que presentan pueden afectar a funciones mentales como la orientación, la afectividad, la percepción de la realidad, los juicios o el pensamiento, influyendo en mayor o menor grado en la voluntad y el comportamiento de la persona.

Estos trastornos evolucionan de manera discontinua en el tiempo, sucediéndose etapas de recuperación, en las que los síntomas desaparecen o son de menor intensidad, y períodos críticos en los que la afectación de la conducta puede ser muy disruptiva. Y, además, generan estigma, miedo y rechazo social. El contexto social, junto con las dificultades para la autopercepción del problema, hacen muy dificultoso el reconocimiento de la enfermedad por parte de la persona que la sufre.

En las situaciones de crisis, las limitaciones psicológicas para analizar de manera adecuada una determinada situación personal, o una decisión clínica, pueden acarrear consecuencias negativas importantes. Hasta el punto de que la protección de la salud, de la integridad o incluso de la vida del paciente, pueden pasar a ser el deber principal del profesional que le atiende.

Según la definición clásica de Gerald Dworkin, el paternalismo “consiste en la interferencia en la libertad de acción de una persona, justificada por razones que se

² Hoy sabemos que no existe una diferencia radical entre las necesidades de protección y las necesidades relacionadas con la autonomía de la persona menor de edad. Así que la mejor forma de garantizar social y jurídicamente su protección es promoviendo su autonomía como sujetos. El artículo 2 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, indica expresamente que “las limitaciones a la capacidad de obrar de los menores se interpretarán de forma restrictiva.” En ese sentido, deben tomarse en cuenta los derechos de personalidad que comportan, entre otros, el derecho al honor, a la intimidad y a la propia imagen, el derecho a la información, el derecho a la libertad ideológica y el derecho a ser oído.

refieren exclusivamente al bienestar, el bien, la felicidad, las necesidades, los intereses o los valores de la persona coaccionada” (1). Mateo Alemany (2) o, posteriormente, Joan Canimas (3) definen este tipo de paternalismo como perfeccionismo, refiriéndose a la acción ejercida para forzar la libertad de una tercera persona en su beneficio (buscando la perfección). Desde su perspectiva, el perfeccionismo solo estaría justificado como un componente del proceso educativo de la infancia y la adolescencia.

Sin embargo, en el mundo de los adultos, imponer un bien moral, ni es un bien ni es moral. Lo que para mi puede ser bueno – porque aspira a mi concepto de felicidad-, puede no serlo para otro. Por ello, el principio de beneficencia se sitúa en las éticas de máximos (4), junto al de la autonomía, y, por eso, en la relación de ayuda, ambos principios van de la mano. No se puede decidir qué es bueno para la persona necesitada sin pasar por el respeto a su autonomía.

Por el contrario, una intervención asistencial paternalista éticamente justificada solo puede ir dirigida a evitar un daño y debería circunscribirse a:

- a. los principios de razonabilidad, adecuación y proporcionalidad, y a tener en cuenta a la persona,
- b. en situaciones en que la persona no es o no está en ese momento competente para tomar la decisión, porque, o no entiende la información o no puede apreciarla o hacerse cargo de sus consecuencias,
- c. y siempre que consideremos que, en condiciones de competencia, la persona compartiría esta misma decisión (5).

El criterio de competencia es, pues, fundamental. Entendemos por competencia la capacidad de una persona de afrontar y resolver con éxito una situación determinada (tomar una decisión o ejecutar una tarea), haciéndose cargo de sus consecuencias. Comporta aptitudes y funciones psicológicas suficientes que garanticen que una determinada decisión ha sido tomada libremente. En las

situaciones clínicas, fue definida funcionalmente por P.S. Appelbaum y L.H. Roth como la capacidad de comprender, valorar, razonar y expresar una decisión, teniendo en cuenta las diferentes opciones y sus consecuencias potenciales, así como los propios valores de la persona (6).

Desde esta aproximación más pragmática, se han generado algunas herramientas que, aunque limitadas, resultan útiles para abordar situaciones clínicas concretas. Es el caso de la Escala Móvil de James Drane (7) o el de la conocida *MacArthur Competence Assessment Tool* (MacCAT-T) de Grisso y el mismo Appelbaum (8), validada aquí por los grupos de Pablo Hernando e Ignacio Marrodán (9). Se ha criticado mucho, y con razón, la excesiva subjetividad de la valoración de la competencia por parte de los clínicos, e incluso el prejuicio con el que los profesionales analizan a las personas con un trastorno mental grave. De hecho, sabemos que, cuanto más rigurosamente se valore la competencia, más probablemente los pacientes psiquiátricos serán calificados como competentes (10).

AUTONOMÍA Y VULNERABILIDAD, CARACTERÍSTICAS CLAVES DE LA CONDICIÓN HUMANA

Como sabemos, la filosofía y el pensamiento modernos deben mucho a Immanuel Kant. Para él, la dignidad del ser humano consiste justamente en su capacidad intrínseca para autogobernarse, para escribir su propia biografía, construida a través de elecciones morales (es decir, lo que es bueno y justo), como resultado de su capacidad de razonar desde la libertad. La autonomía es la condición de posibilidad de la moralidad. El respeto a la autonomía del otro nace del reconocimiento a su dignidad y a su libertad: "Obra de tal modo que trates a la humanidad, sea en tu propia persona o en la del otro, siempre como un fin y nunca sólo como un medio". Por eso, desarrollar la propia autonomía es también un deber, mientras que dejarse arrastrar por los sentimientos, o por otros intereses en las elecciones propias, es heteronomía y contradice la moralidad. Kant considera que lo

ético es aquello que está basado en las convicciones propias, en la propia conciencia, regida por la razón (condición de posibilidad natural y común en todos los seres humanos: ley universal que el ser humano alcanza cuando la elige por su propia voluntad y no por imposición de cualquier otra ley). Ese es el imperativo, el deber moral es “categórico” (12).

En cambio, para la tradición anglosajona -que es la que se ha impuesto finalmente en el campo de la Bioética-, la autonomía se entiende de una manera más pragmática y se circunscribe al concepto de autodeterminación. La autonomía es capacidad de elección. Para que una decisión pueda considerarse como autónoma, debe ser: a) una decisión intencionada, b) tomada con información y conocimiento de las alternativas existentes, de su significado y de sus consecuencias y c) en ausencia de coacciones externas (13).

Pero, además de la capacidad racional y de los valores propios respecto a lo que cada persona considera una vida buena, el conocimiento actual del funcionamiento del cerebro humano nos dice que los aspectos emocionales juegan también un papel fundamental. El neurocientífico Antonio Damasio mantiene que la mayoría de las decisiones que tomamos diariamente son inconscientes. Y que no solo los valores personales influyen en ellas, sino también las emociones y su correlato mental, los sentimientos. Las emociones están arraigadas en nuestro organismo y pueden manifestarse como taquicardia, sudoración, rubor o ansiedad, y representan la primera respuesta frente a una situación significativa. Son como una manifestación inmediata a un “recuerdo” de antiguas situaciones, tanto filogenéticas (en tanto que especie) como ontogenéticas (principalmente referidas a etapas infantiles vividas por el propio individuo). Con todo, el mismo autor concluye que el esfuerzo mental consciente sigue siendo el mecanismo más potente para integrar el presente (nuestro problema, nuestra decisión actual), el pasado (las experiencias anteriores) y el futuro anticipado (11). Nosotros añadiríamos aún otro elemento, del que trataremos ahora: la red de relaciones afectivas y sociales, en las que nos movemos, y cuyas consideraciones nos influyen en las decisiones importantes de nuestra vida.

Frente al enfoque liberal de la autonomía como un atributo pura y radicalmente individual, sinónimo de independencia, Victoria Camps, citando a Onora O'Neill, en su *Autonomy and Trust on Bioethics*, defiende que la autonomía se ha convertido en el "principio por defecto de la bioética" y que ello implica un reduccionismo patente (14). Algo así -dice la autora- como el derecho a que nos dejen solos. Michela Marzano (15) prefiere el término de "autonomía relacional", ya que estamos siempre vinculados socialmente a un grupo, una familia, una tradición cultural, contextos que forman parte inseparable de nuestra existencia y, por lo tanto, de nuestras decisiones. La autonomía relacional quiere dar cuenta, no sólo de la fundamental cuestión de la libertad, sino también de la vulnerabilidad, atributos ambos constitutivos de la condición humana. Así, los conceptos de autonomía e independencia deberían formularse de modo que tuvieran más en cuenta la interdependencia fundamental de las experiencias humanas.

No existe el individuo aislado con una libertad infinita. Estamos atados los unos a los otros y a la totalidad. Y, a la vez, enfrascados tensamente en la construcción del propio yo solitario y autónomo (16). Todo ser humano es, por el mero hecho de serlo, un ente vulnerable, expuesto a la enfermedad, a la herida, al fracaso y a la muerte. La vulnerabilidad del otro es el objeto de todo principio ético. Y, por ello, provoca una llamada de carácter responsable, un deber que condiciona la libertad personal. La presencia del rostro del otro, como diría E. Lévinas, es una experiencia presente mucho antes de que nos planteemos racionalmente la búsqueda de la propia moral (17).

La característica de la vulnerabilidad constituye un elemento organizador imprescindible para el sano desarrollo psicobiológico del ser humano, incluso en tanto que especie, pero necesita una condición fundamental: alguien nos tiene que acoger y cuidar. Decía Kant que el humano es la única especie que anuncia clamorosamente su llegada al mundo con el llanto del nacimiento, porque no teme revelarla a aquellos que la amenazan. La podemos anunciar porque estamos amparados por estructuras de acogida que articulan las respuestas salvadoras a la vulnerabilidad del cuerpo

humano y a las contingencias de la vida (18). Canimas cita a Lluís Duch, que considera las estructuras de acogida como elementos imprescindibles para la vida, la socialización y la construcción de la realidad. Las principales estructuras de acogida a las que se refiere Duch están en crisis y son la co-descendencia (la familia), la co-residencia (la ciudad) y la co-trascendencia (la religión) (19).

Así pues, autonomía y vulnerabilidad son dos caras fundamentales de la naturaleza humana. Por eso mismo, y trasladado de nuevo al campo de la salud mental, la valoración de la competencia no solo tiene por objeto la identificación de situaciones de desprotección ligadas a la presencia de un trastorno mental, sino también su contrario, es decir, el reconocimiento de la capacidad de decidir autónomamente, aunque la persona presente un problema de salud mental actual.

Y aún, otro aspecto más sobre la vulnerabilidad: con la aparición reciente de la brutal pandemia causada por el SARS-CoV-2, hemos aprendido que también somos vulnerables colectivamente. Nuestra sociedad también es vulnerable. Los valores de la responsabilidad y la solidaridad son el argumento central para analizar la aparente colisión entre la libertad individual y el interés colectivo. Como en todas las epidemias, este virus nos ha hecho tomar consciencia de nuestra interdependencia y de cómo **la conducta individual debe conjugarse con el bien común**. Àngel Puyol ya escribía en 2012 que “hay bioética más allá de la autonomía (20) y, aludiendo a los nuevos retos sociales y colectivos que, en el campo de la salud, nos acechaban, reivindicaba el papel fundamental de los principios de beneficencia y justicia.

AUTONOMÍA Y VULNERABILIDAD EN LA RELACIÓN DE AYUDA: ALGUNAS SITUACIONES DE FRONTERA EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL

En 1996, Peregrino y Thomasma escribían: “en los últimos veinticinco años la autonomía ha sustituido a la beneficencia como primer principio de la ética médica. Esta es la mayor y radical reorientación a lo largo de la historia de la tradición

hipocrática. Como resultado, la relación médico-paciente ha llegado a ser más honesta, abierta y respetuosa con la dignidad del paciente. Sin embargo, nuevos problemas se asoman, dado que la autonomía ha sido absolutizada (...)”³.

Diego Gracia se refiere a esos “nuevos problemas” cuando defiende que la autonomía es hoy tan hegemónica que es el paciente quien finalmente está decidiendo qué es o no una necesidad de salud, una atribución considerada hasta hace poco como normativa, es decir, ligada al conocimiento profesional. Lo que antes era condición de posibilidad de la moralidad, en el sentido kantiano, ahora es una dimensión legal: el derecho del paciente a decidir autónomamente. Y ello genera, para sus cuidadores, los deberes de beneficencia, no maleficencia y justicia (21). La jerarquía del principio de autonomía, su absolutización o lo que para nosotros sería el autonomismo, ya está mostrando su otra cara: por una parte, las preferencias irracionales que pueden generar frustración en el propio paciente y en los profesionales, en la medida en que la respuesta sanitaria al derecho a elegir no puede ser nunca tan amplia ni tan acrítica; por otra parte, cierta actitud contractualista -defensiva- de algunos profesionales, quizás cansados y superados por un entorno aparentemente vacío de valores, tras la debacle del modelo paternalista tradicional.

Un ejemplo de limitación al derecho a elegir, muy frecuente en la asistencia psiquiátrica, es el de la hospitalización involuntaria. A nuestro juicio estará justificada siempre que, clínicamente:

- exista una necesidad de atención debida al estado mental y psicosocial que, además, va asociado a la existencia de riesgos graves para la salud o la integridad de la persona y, eventualmente, para terceros, y
- cuando se prevea que el tratamiento o la intervención propuestos sean efectivos.

³ Cit. Torralba Roselló, F, *Filosofía de la Medicina. En torno a la obra de E.D. Pellegrino*, Madrid, Institut Borja de Bioètica y F. MAPFRE Medicina, 2001. El libro de Torralba es una muy completa aproximación crítica a la obra global de Edmund D. Pellegrino.

Una vez informada la persona de la situación, se considerará no competente para la decisión de aceptar o rechazar una hospitalización si:

- el paciente no tiene conciencia de su problema de salud,
- no puede valorar los riesgos derivados de no intervenir, y
- no entiende que estos son mucho más graves que los riesgos que conlleva la hospitalización.

En este contexto de no competencia, será necesario explorar los valores y creencias de la persona, así como la existencia de otras alternativas que puedan ser más aceptables y menos restrictivas.

A nuestro juicio, este es el enfoque más apropiado desde el punto de vista del respeto a la dignidad de la persona, aunque también hay que decir que su práctica es aún con demasiada frecuencia poco cuidadosa y hasta abusiva.

La relación conflictiva entre el principio de autonomía y los de beneficencia, no maleficencia y justicia, ofrece otro buen ejemplo en la cuestión de la planificación de las decisiones anticipadas (PDA)⁴, aplicada a las personas con trastornos mentales graves. Es evidente que las personas, independientemente del diagnóstico, pueden tener la misma capacidad de decidir acerca de cómo desea ser tratada en, por ejemplo, una situación futura de final de vida, siempre que tenga, en el momento de la decisión, la competencia necesaria, incluso si esta necesita de ciertos apoyos, para expresar su voluntad.

⁴ La Planificación de Decisiones Anticipadas (PDA) se define como un proceso deliberativo y estructurado mediante el cual una persona expresa sus valores, deseos y preferencias. Y, de acuerdo con estos, en colaboración con su entorno afectivo y su equipo asistencial de referencia, se formula y planifica como quisiera que fuera la atención que debe recibir ante una situación, de complejidad clínica o enfermedad grave, que se prevé probable en un plazo de tiempo determinado y relativamente corto, o en situación de final de vida, especialmente en aquellas circunstancias en las que no esté en condiciones de decidir. Su aplicación en el ámbito de la salud mental, en todo el mundo, es todavía experimental. Ver publicación del Comité de Bioética de Catalunya (2017), al respecto en: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/_Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/respeto_voluntad_persona_mental.pdf

En cuanto al tratamiento psiquiátrico, hay muchos aspectos que pueden ser objeto de apreciación personal y de preferencia. No obstante, los aspectos conflictivos son los que pueden entrar en contradicción con las buenas prácticas: no se puede prometer que respetaremos el criterio del paciente en relación a la duración de la hospitalización o pongamos por caso, el deseo de abordar la futura situación de crisis aguda sin ingreso hospitalario (22). Ramos y Román defienden la necesidad de que la decisión a planificar no sea "ciega", basada únicamente en los deseos del paciente, sino fundamentada también en el conocimiento científico, en una valoración profesional de la situación y en una indicación médica (23), estableciéndose así un proceso reflexivo mutuo que tenga en cuenta los valores y preferencias de la persona, la *lex artis* y el respeto al ordenamiento jurídico.

Pero, desde una óptica puramente principialista, muchos objetan que, si una persona con un diagnóstico de trastorno mental grave, en fase de compensación, tiene competencia para decidir cómo quiere morir en caso de enfermedad física grave o terminal, ¿por qué no puede optar por no ser hospitalizado en caso de crisis psicótica aguda? ¿No debería tratarse esta demanda como otro caso más de rechazo al tratamiento, siempre que la eventualidad no conllevara un riesgo para terceros?

Nuestro modelo de referencia, en cuanto al rechazo de un tratamiento vital como expresión de la voluntad y los valores de una persona, comporta la continuidad de la atención dentro de un proceso de acompañamiento, procurando el confort de la persona y de sus familiares. Nada de esto es comparable a, por ejemplo, un episodio psicótico agudo sin tratamiento, en el que la multiplicidad de situaciones de riesgo - muchos de ellos, no previsibles- es la norma. ¿Puede una persona, aun sin enfermedad, evaluar todos los riesgos -enormes, trágicos, desconocidos- que podrá correr en una situación clínica como la descrita? ¿Cómo puede descartarse el riesgo a terceros en una tal situación? ¿Existe una competencia para decisiones anticipadas como ésta, teniendo en cuenta los anteriores interrogantes?

La PDA en salud mental puede ser una herramienta que mejore la relación clínica y la alianza terapéutica. Mediante una mayor adecuación de la atención a la voluntad, las necesidades y las preferencias de la persona, así puede ser a condición, claro está, de que se mejoren las prácticas asistenciales y se tengan en cuenta todos los factores de complejidad que se dan en cualquier estrategia terapéutica, incluyendo la existencia de limitaciones.

Existen otras situaciones asistenciales en las que, a nuestro entender, no podemos renunciar a una coacción que podría ser connotada como paternalista. Es el caso del riesgo de suicidio. Recientemente, en muchos países, se han puesto en marcha programas de prevención del suicidio, un problema este que constituye una verdadera lacra en todo el mundo. Estos programas suelen centrarse en el diagnóstico precoz y en la atención proactiva hacia las personas que presentan un alto riesgo o que ya han realizado alguna tentativa.

Existen algunos problemas éticos en relación con el respeto a la intimidad y el derecho de los pacientes a controlar sus propios datos de salud en un asunto tan delicado, pero quisiera centrarme ahora en la cuestión de la autonomía: ¿Es posible pensar que una persona con una ideación suicida recurrente, una reciente tentativa de suicidio frustrada o una actividad del pensamiento dedicada a la planificación de un suicidio -los síntomas psiquiátricos que se relacionan con riesgo alto- sea competente para decidir suicidarse? Y, en ese caso, ¿deberíamos respetar dicha decisión? ¿Existen suicidios que no responden a ninguna enfermedad psiquiátrica y son consecuencia de una decisión racional y razonable, e incluso coherente con los valores de la persona?

En el mundo se producen cerca de un millón de suicidios al año. La mayoría, entre un 85 y un 90%, están relacionados con trastornos mentales como la depresión, los trastornos de personalidad, el alcoholismo u otras adicciones o la psicosis, pero también se asocian con contextos sociales adversos, abusos, u otras situaciones

existenciales de las personas⁵. Aunque sean las menos, de hecho, pueden existir situaciones en las que el suicidio sea el resultado (radical, definitivo) de un proceso de concienciación personal acerca de la inutilidad de una existencia.

Cuando la situación de riesgo alto aparece en un Servicio de Urgencias, lo que se considera buena práctica es la hospitalización del paciente, ya sea voluntariamente o de manera involuntaria al menos durante 24 horas, el alta a domicilio bajo la supervisión de la familia y el posterior seguimiento ambulatorio. Es decir, en ningún caso se plantea la opción de dejar a la persona en libertad, cuando se sospecha que está determinada a quitarse la vida. (24). Y es que, más allá de las consecuencias legales que el médico asumiría – asunto, por cierto, nada despreciable –, en un Servicio de Urgencias la mirada debe ser otra. Trasladar la visión autonomista en este contexto, sin complementarla con la perspectiva de la vulnerabilidad y de la responsabilidad (las consecuencias), sería enormemente imprudente. Los médicos hemos aprendido a renunciar a la visión paternalista que defendía la vida (biológica, se entiende) por encima de la autonomía de la persona, pero ello no debería hacernos olvidar que nuestra máxima principal sigue siendo la de no hacer (y evitar) el daño. Es decir, debemos modular nuestro poder de dañar. Y eso quiere decir que, en Urgencias y en cuanto al riesgo suicida, es preferible excedernos en la identificación de falsos positivos de no competencia que al revés.

Desde la visión autonomista cruda, se puede llegar a defender una medicina "a la carta", donde el deseo individual del paciente sea, sin más, una opción médica aceptable⁶. Pero, una opción no indicada, no es responsable ni, por lo tanto, aceptable. Una medida contraindicada, aunque la pida el paciente, no puede ser

⁵ Existen bastantes estudios significativos que relacionan el aumento de las tasas de suicidio con la crisis económica iniciada en el 2008. Especialmente con las variables de paro laboral y el desahucio. Este fenómeno no va a ser ajeno, probablemente, al conjunto de consecuencias que ya podemos prever en relación con la post pandemia de la COVID-19.

⁶ Esta sería la visión puramente "contractualista" a la que antes hacíamos referencia.

propuesta ni aceptada, sea por su ineficacia o por la desproporción entre los riesgos y los beneficios esperables.

EL AUTONOMISMO RADICAL: LA INTERPRETACIÓN CANÓNICA DE LA CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD (CDPD)

La aseveración de que la autonomía de los pacientes -como la de todos, en todas las circunstancias- tiene límites, no parece ser la opinión del Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas, en su Observación general Nº 1 (2014), relativo al artículo 12 de la *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD)*⁷, que trata del *igual reconocimiento como persona ante la Ley*. Según esta nota, las personas con discapacidad se han visto privadas en muchas esferas, de forma discriminatoria, de su derecho a la capacidad jurídica, en virtud de regímenes basados en la sustitución para la adopción de decisiones, como la tutela, la curatela y las leyes sobre la salud mental que permiten el tratamiento forzoso⁸. Según la interpretación oficial de la CDPD, la adopción de cualquier intervención asistencial no voluntaria para el tratamiento de las personas con trastorno mental viola los artículos 12 y 14 de la Convención. Posteriormente, en su análisis del artículo 14 de la Convención, sobre la libertad y la seguridad de las personas con discapacidad, el mismo Comité reitera la necesidad de eliminar cualquier legislación

⁷ España firmó y ratificó esta Convención, más su Protocolo facultativo, por lo que desde el 3 de mayo de 2008 este cuerpo normativo internacional forma parte plenamente del ordenamiento jurídico español. Ver: <https://www.boe.es/boe/dias/2008/04/21/pdfs/A20648-20659.pdf>

⁸ Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad, Observación general Nº 1 (2014) sobre el artículo 12 referido al *igual reconocimiento como persona ante la Ley*. A nuestro juicio, no se pueden plantear, en el mismo registro, la denuncia del mantenimiento de figuras legales, habitualmente permanentes, de sustitución de la voluntad en personas con discapacidad y la actuación sanitaria frente a un trastorno mental agudo.

que permita “la reclusión (sic) de una persona a causa de su deficiencia real o percibida, ni siquiera cuando represente un peligro para sí misma o para otros”⁹

Del mismo modo, niega que la valoración de la competencia o capacidad de hecho, por parte de los expertos clínicos, pueda ser un criterio para determinar la legitimidad de una decisión concreta de un paciente con problemas mentales o cognitivos.

En la misma línea se posicionan varios informes anuales de los relatores del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos¹⁰, aunque en el caso del último de ellos¹¹, la relatora Catalina Devandas-Aguilar no se pronuncia sobre la cuestión.

No hay dudas de que, en la medida en que los estados se comprometan fielmente a su implementación real, la CDPD puede suponer un impulso muy importante para el reconocimiento de los derechos de las personas afectadas y la materialización de políticas inclusivas por parte de los gobiernos firmantes. No obstante, su posición de criminalización de cualquier tipo de tratamiento psiquiátrico involuntario (actualmente contestada por muchos clínicos y bioeticistas) desacredita décadas de mejoras legislativas, en Europa y por parte de la misma OMS, orientadas al tratamiento de las medidas involuntarias para asegurar la protección de la dignidad, el derecho a la salud y las libertades fundamentales de las personas con trastornos mentales.

⁹ Naciones Unidas. Informe del Comité sobre los derechos de las personas con discapacidad, suplemento n. 55 (A/72/55). Nueva York, 2017.

¹⁰ Todos los informes de la Relatora Oficial están disponibles en:
<https://www.ohchr.org/SP/Issues/Disability/SRDisabilities/Pages/Reports.aspx>

¹¹ Naciones Unidas. Informe de la Relatora Especial sobre los derechos de las personas con discapacidad /A/HRC/43/4, 17 de diciembre de 2019.

Y es que la cuestión de la imposición de una medida paternalista como por ejemplo la hospitalización involuntaria, en algunos casos de clínica psiquiátrica grave, no se refiere, en modo alguno, a la discapacidad que la misma Convención define como relativa a *“las personas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”*. Como reconoce la CDPD, las personas con problemas de salud mental crónicos o con discapacidad intelectual están todavía hoy sometidas a una fuerte discriminación en todo el mundo. A pesar de los avances realizados en muchos países, los prejuicios, la violencia, la exclusión social y la segregación, los abusos en los tratamientos o los atentados a su capacidad de decidir, siguen siendo frecuentes. Desde esta perspectiva, está claro que la atención a las personas con graves discapacidades cognitivas o mentales debe, a través de los apoyos necesarios, respetar los derechos y la voluntad de la persona, incluido el derecho a asumir riesgos y a cometer errores.

Por el contrario, la hospitalización es una medida sanitaria referida a la necesidad de atención por razón de salud que una persona, sea con o sin discapacidad, pueda tener en un momento concreto. “Necesidad de atención” o “necesidad de salud”¹² son, de nuevo, términos sospechosos para algunos activistas de la CDPD, pero en psiquiatría tienen exactamente el mismo sentido que si de una insuficiencia renal se tratara, con la diferencia -desde luego, no menor- de la cuestión de la competencia.

Digámoslo claro: ninguna discapacidad es un motivo de hospitalización psiquiátrica. El trastorno mental, como cuadro clínico reconocible y diagnosticable, en determinadas situaciones, sí.

¹² Ya hemos comentado, en páginas anteriores, que la “necesidad de salud”, clásicamente un concepto definido por el conocimiento técnico-científico, estaba siendo cada vez más determinado por la demanda y las preferencias de los ciudadanos, en una proyección aberrante del concepto de autonomía.

La decisión sobre una medida involuntaria debe ser siempre excepcional y, además, estar sujeta a un análisis riguroso del caso particular, teniendo en cuenta todos los factores en juego y, en especial, la capacidad de la persona afectada para decidir sobre ello. Entender la libertad individual como un absoluto, sin tener en cuenta las dificultades funcionales de la persona para decidir en base a su propio interés, ni el reconocimiento de su derecho a la protección de la salud en situaciones de extrema vulnerabilidad, está muy cerca del abandono del paciente y tiende a trivializar un problema tan complejo como es el manejo clínico de las crisis psiquiátricas más graves.

Es cierto que las medidas restrictivas como el tratamiento y la hospitalización involuntarios, incluso las diversas formas de contención física y el aislamiento, siguen siendo utilizadas de manera abusiva y con demasiada frecuencia. Aunque se reconozca que no constituyen un fin en sí mismas. Estas intervenciones a menudo descansan en un modelo de relación profesional-paciente impositivo, basado en el prejuicio de la incapacidad de las personas que sufren un trastorno mental grave.

PARA CONCLUIR

Gestionar el valor del respeto a la autonomía, teniendo en cuenta el deber de promover el bien y evitar el daño, solo puede hacerse desde un enfoque relacional de decisiones compartidas. en las que se incluya, cuando proceda, la planificación de las decisiones, en previsión de futuras situaciones de crisis. Es necesario un enfoque asistencial global que incorpore las necesidades del paciente y la (re)construcción de su propio proyecto de vida, lo que significa contar con su participación activa en la toma de decisiones. Especialmente durante la fase de compensación, a medida que se va avanzando en el proyecto de vida, es necesario reforzar la conciencia de las propias dificultades, consolidar los recursos propios y los vínculos con el entorno, mejorar capacidades, aprender a manejar la enfermedad, evitar recaídas. Los profesionales deben tomar conciencia de que, decidir en nombre del paciente, puede

causar un daño moral significativo y, por ese motivo, deben extremar la prudencia en la utilización de medidas impositivas. Y además, cuando excepcionalmente proceda, hacerlo desde el cuidado de los derechos de las personas, siempre teniendo en cuenta las virtudes de la empatía y la compasión, la responsabilidad y la solidaridad, valores profesionales en los que se juega la calidad final de la relación de ayuda.

Pero la deliberación ética sobre qué hacer, sobre aquello más apropiado y óptimo, pasa no sólo por tener en cuenta los principios, sino, además, por las consecuencias. Gestionar éticamente situaciones en las que puede haber un alto riesgo para la salud del paciente, en ausencia de competencia para decidir o con una capacidad disminuida, obliga a poner en relación la salud y la dignidad del sujeto. Esto es, la evitación del daño, su bienestar y su libertad. La difícil ecuación sigue siendo condicional: autonomía *versus* vulnerabilidad. Siempre teniendo en cuenta el contexto personal y social del caso concreto. Su resolución, particular: este caso, esta situación ahora y aquí. Ni el paternalismo clásico, ni el autonomismo actual son respuestas válidas que puedan estandarizarse de manera universal. La formación ética de los profesionales de la salud mental, y en general de aquellos que atienden grupos vulnerables, junto con la preparación y sensibilidad de las organizaciones, son las únicas estrategias razonables que podemos plantear.

Como dice el documento del Comité de Bioética de Cataluña al que hacíamos referencia (25):

"caminar hacia un modelo de decisiones compartidas, planificando el futuro con el paciente, significa también aceptar que el saber del profesional clínico no es un saber absoluto y que, a veces, habrá que aceptar la necesidad de experimentar de los pacientes y asumir algunos riesgos que sean razonables, desde el acompañamiento y evitando los sufrimientos innecesarios de la persona y de su entorno."

BIBLIOGRAFÍA

1. Dworkin G, "Paternalism", en Wasserstrom, R.A., (ed.), *Morality and the Law*, Belmont, Wardsworth Publishing Co., 1971.
2. Alemany García M, *El concepto y la justificación del paternalismo*, Tesis doctoral, Universidad de Alicante, 2005.
3. Canimas J, "Decidir por el otro a veces es necesario. A propósito de la Observación General N° 1 (2014) del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad", en VV.AA., *La incapacitación, reflexiones sobre la posición de Naciones Unidas*, Cuadernos de la Fundació Víctor Grifols i Lucas. N. 39, Barcelona, 2016
4. Cortina A, *Ética mínima*, Madrid, Tecnos, 1994
5. *Ibid* Alemany M
6. Appelbaum P.S., Roth L.H., "Competency to consent to research", *Archives of General Psychiatry*, 39, 1982, pp. 951-958.)
7. Drane J, "Las múltiples caras de la competencia", en A. Couceiro (ed.), *Bioética para clínicos*, Madrid, Triacastela, 1999.
8. Grisso T, Appelbaum P S, *Assessing competence to consent to treatment*, Oxford, Oxford University Press, 1998
9. Hernando P, Lechuga X, Solé P, Diestre G, Mariné A, Rodríguez A, "Validación, adaptación y traducción al castellano del MacCAT-T: herramienta para evaluar la capacidad en la toma de decisiones sanitarias", *Revista de Calidad Asistencial* 27, 2012, pp. 85-91., y Marrodán I, Baón Pérez B, Navio Acosta M, Lopez-Anton R, Lobo Escolar E, Faci T. Validación española de la entrevista MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment para evaluar la capacidad de los pacientes para consentir tratamiento. *Medicina Clínica*, 2014;143(5): 201-204
10. Appelbaum P S, Grisso T, «The McArthur treatment competence study 1. Mental illness and competence to consent to treatment», *Law Human Behavior* 19, 1995, pp.105-126.
11. Damasio A, *El error de Descartes: la emoción, la razón y el cerebro humano*, Barcelona, Editorial Crítica, 2006
12. Kant I, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Madrid, Alianza Editorial, 2012
13. Beauchamp T, Childress J, *Principios de Ética Biomédica*, Barcelona, Masson S.A., 1999. Corresponde a la 4ª edición americana (1994).
14. Camps V, "La autonomía, el principio "por defecto", *Bioética & Debat* 17, 2011, pp.11-13
15. Marzano M, *Consiento, luego existo. Ética de la autonomía*, Barcelona, Proteus, 2009
16. Ramos Montes J, *Ética y salud mental*, Barcelona, Herder Editorial, 2018
17. Lévinas E, *Humanismo del Otro Hombre*, Madrid, Caparrós Editores, 1993.

18. Canimas J, Infancia y adolescencia en el tiempo de múltiples crisis. En: VVAA, Crisis y salud mental en niños y jóvenes: ¿causa o consecuencia? Cuadernos de la Fundación Grifols y Lucas, n. 44 (2017)
19. Duch LI, La educación y la crisis de la modernidad. Barcelona: Paidós; 1997. p. 26. (citado por Canimas).
20. Gracia D, *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*, Madrid, Triacastela, 2004
21. Ramos Montes J, La planificación de decisiones anticipadas en salud mental y adicciones. *bioética & debat* 2019; 25(86): 10-15
22. Ramos Pozón S, Román Maestre B, Las voluntades anticipadas en pacientes con esquizofrenia: un instrumento para potenciar la autonomía. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 2014; 34 (121), 21-35. doi: 10.4321/S0211-57352014000100003
23. Pasies N, Autonomia, competència i paternalisme. Perspectives ètiques sobre l'hospitalització involuntària de pacients suïcides. BUTLLETÍ DE BIOÈTICA n. 4, diciembre de 2010
24. Comité de Bioética de Catalunya, El respeto a la voluntad de la persona con trastorno mental y/o adicción: documento de voluntades anticipadas y planificación de decisiones anticipadas, Generalitat de Catalunya, 2017. Accesible en: https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/Sistema_de_salut/CBC/recursos/documents_tematica/respeto_voluntad_persona_mental.pdf

Josep Ramos Montes

Psiquiatra. Máster en Bioética.

Miembro del Comité de Bioética de Catalunya y del Comité de Ética de Servicios Sociales en Catalunya.

Josepramosmontes@gmail.com

Cómo citar este artículo:

Ramos Montes, J., "Paternalismo y autonomismo en la relación de ayuda: una reflexión desde la salud mental", *Folia Humanística*, 2021; 4 (2):1-21. Doi: <http://doi.org/10.30860/0072>

© 2021 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.