

bioètica & debat

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

Aspectos éticos del diagnóstico en psiquiatría

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

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

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

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

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

sumario

Aspectos éticos del diagnóstico en psiquiatría:1 a 5

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

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

La Biblioteca del IBB11

Competencia del menor: un tema pendiente12 a 14

Medidas restrictivas en la hospitalización psiquiátrica: 15 a 19

Agenda20

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

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

Institut Borja de
Bioètica

Universitat Ramon Llull

TRIBUNA ABIERTA
DEL INSTITUT BORJA
DE BIOÈTICA

DIRECCIÓN

Núria Terribas i Sala

MAQUETACIÓN Y EDICIÓN

Ma. José Abella

CONSEJO DE REDACCIÓN

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

DISEÑO GRÁFICO

Elisabet Valls i Remolí

COLABORADORES

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

IMPRESIÓN:

Ediciones Gráficas Rey
ISSN:1579-4865

EDITA:

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

Inhibición química en delincuentes sexuales

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

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

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

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

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

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

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

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

Abundan los casos en los que el

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

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

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

La psiquiatría, heredera del mo-

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

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

clusión y deshumanización y la desacreditación y el castigo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SABEL GABALDÓN

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

Bibliografía

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