

República de Cuba

Instituto de Medicina Legal

Código Deontológico para la observancia de los derechos de los enfermos mentales en Cuba

Tesis en opción al título de Doctor en Ciencias Médicas

Autora: Dra. Msc. Victoria de la Caridad Ribot Reyes

Tutora: Dra. CM. Teresita del Carmen García Pérez

Asesor: Dr. Cs Ricardo A. González Menéndez

La Habana

2019

AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas a las que debo agradecer....

A mi familia, por su paciencia y apoyo incondicional ante cada proyecto que emprendo.

Al profesor José Ramón Acosta Sario (cariñosamente Pepe), por abrirme las puertas de la Bioética y estar siempre dispuesto ante cada petición de ayuda.

A todos los miembros del Centro de Bioética Juan Pablo II, los que me permitieron enamorarme de la Bioética Personalista.

A Niurka, Isabelita, Luisa, Maricela y todos los amigos que hice gracias a la Maestría de Bioética. Estuvieron desde el principio y se han mantenido a mi lado.

A los profesores Calzadilla y Galvizu, por sus excelentes consejos.

A los doctores Viviana Pérez (Artemisa), José Luis Toledo (Santic Spíritus) y Natacha Freedman (Holguín). Sin ellos habría resultado literalmente imposible llevar a cabo esta investigación.

A todos los pacientes, familiares y psiquiatras que amablemente me donaron parte de su tiempo.

Muy especialmente al profesor Ricardo González Menéndez, quien encarna a la persona que todos debemos aspirar en convertirnos. Contar con su guía y afecto es un privilegio sin precedentes.

A mis compañeros del Departamento de Peritación Mental del Instituto de Medicina Legal, por su apoyo expresado en todas las formas posibles.

Y a todos aquellos, que han quedado en los recintos más escondidos de mi memoria, pero que fueron partícipes en este trabajo.

DEDICATORIA

A mis Enriques, Humberto y Rafael

...la ética es el modo propio de vida de la persona humana. (...) Se trata, pues de que la sociedad sea adecuada a la persona, su espacio adecuado. (...) Que la persona sea la máxima realidad....

María Zambrano

Yo quiero que la ley primera de nuestra república sea el culto de los cubanos a la dignidad plena del hombre.

José Martí

SÍNTESIS

En Psiquiatría, las complejidades de la práctica diaria, exigen del profesional un constante compromiso ético. La existencia de códigos éticos y deontológicos, velan porque se tengan siempre presente los derechos de las personas con enfermedad mental y sus familias (tradicionalmente estigmatizados). Este trabajo se propuso como objetivo reformular el “Listado de Derechos del Paciente Mental en Cuba”, a partir de los planteamientos teóricos propios de la Bioética, así como criterios de pacientes, familiares y psiquiatras. Se realizó una revisión documental al respecto y fue encuestado el 20 % de los psiquiatras cubanos. Se revisaron además las relatorías de los talleres organizados por el Grupo Nacional de Psiquiatría acerca de los aspectos éticos y legales de la especialidad. Se encuestaron además 500 pacientes y 360 familiares de La Habana, Artemisa, Sancti Spiritus y Holguín. Se llevaron a cabo también (en las mismas regiones) entrevistas a profundidad con 50 pacientes y 36 familiares. La propuesta resultante fue consultada con expertos y finalmente avalada por el Grupo Nacional de Psiquiatría.

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN.....	Pág. 7
Problema científico.....	Pág. 10
Objeto de la investigación.....	Pág. 11
Novedad de la investigación.....	Pág. 11
Impacto económico-social.....	Pág. 11
Impacto socio-político.....	Pág. 11
OBJETIVOS.....	Pág. 12
CAPÍTULO I.	
ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DE LA TEMÁTICA.....	Pág. 13
1.1. La cuestión de los derechos humanos en los códigos deontológicos.....	Pág. 15
1.2. Derechos humanos y Psiquiatría en Cuba.....	Pág. 33
CAPÍTULO II.	
MATERIAL Y MÉTODO.....	Pág. 38
2.1. Diseño del estudio.....	Pág. 38
2.2. Universo y muestra.....	Pág. 38
2.3. Variables y Categorías.....	Pág. 40
2.4. Técnicas para la recogida de información.....	Pág. 44
2.5. Procedimientos.....	Pág. 44
2.6. Procesamiento y análisis de la información.....	Pág. 45
2.7. Ética.....	Pág. 46
2.8. Limitaciones del estudio.....	Pág. 46
2.9. Conclusiones del capítulo.....	Pág. 47

CAPÍTULO III.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	Pág. 48
3.1. Contexto de discusión. Condiciones de análisis.....	Pág. 48
3.2. Análisis de las encuestas aplicadas a los psiquiatras, pacientes y familiares seleccionados.....	Pág.48
3.3.1. Análisis de las relatorías de los debates con los psiquiatras.....	Pág. 60
3.3.2. Análisis de las entrevistas a profundidad y debates participativos con pacientes y familiares.....	Pág. 78
3.3.3. Análisis de la propuesta de código deontológico por parte de los expertos.....	Pág. 89
3.3.4. Conformación de la propuesta final.....	Pág. 91
3.4. Conclusiones del capítulo.....	Pág. 94
CONCLUSIONES.....	Pág. 96
RECOMENDACIONES.....	Pág. 97
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	Pág. 98
ANEXOS	
Anexo no. 1. Listado de Derechos del Paciente Mental en Cuba.....	Pág. 117
Anexo no. 2. Acta de Consentimiento Informado.....	Pág.120
Anexo no. 3. Encuesta a psiquiatras acerca del Listado de Derechos del enfermo mental en Cuba.....	Pág. 121
Anexo no. 4. Encuesta a pacientes y familiares.....	Pág. 123
Anexo no. 5. Guía para las entrevistas a profundidad.....	Pág. 125
Anexo no. 6. Tablas.....	Pág. 126
Anexo no. 7. Aval del Grupo Nacional de Psiquiatría.....	Pág. 144

INTRODUCCIÓN

El interés por el cumplimiento de los derechos de las personas consideradas enfermas mentales tiene dos funciones consideradas importantes. La primera, de carácter instrumental, por constituirse en el medio idóneo e indispensable para la eficaz ejecución de políticas, programas y acciones de salud pública, al igual que en la regulación de la actividad en la materia. La segunda, por el aporte sustantivo que compete al derecho en el plano de los principios y valores éticos que deben enmarcar las acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación que tengan lugar en el sistema de atención psiquiátrica. (1,2)

La historia de la atención a la enfermedad mental ha sido, y aún es en buena parte del mundo, una historia cómplice entre instituciones y terapeutas - médicos, psicólogos...- estigmatizante y excluyente, que ha situado fuera del orden social -de los supuestamente sanos- a buena parte de las personas con enfermedades psicóticas (1). Por tanto, los derechos del enfermo mental han estado supeditados a la definición de enfermedad mental manejada a nivel médico y social, existiendo diferencias entre estos niveles de interpretación; pues, mientras los profesionales que se dedican a la salud mental se rigen por las pautas diagnósticas de manuales clasificatorios internacionales, el ciudadano común aun maneja estereotipos generadores de exclusión acerca del “loco” o del “anormal” que debe estar recluido porque puede ser peligroso o porque simplemente no está apto para la convivencia social. (3)

Nuestro país posee como fortaleza un sistema socioeconómico que no desampara a ningún ser humano, y que vela especialmente por los más vulnerables. Por eso, la Sociedad Cubana de Psiquiatría, apoyada en la

consulta a todos los psiquiatras en ejercicio, a inicios de los años 90 del pasado siglo depositó en un grupo de expertos la tarea de conformar lo que se llamó “Listado de Derechos del Enfermo Mental en Cuba”. Al frente de la misma se encontraba el Prof. Dr. Ricardo González Menéndez. Pero han pasado más de veinte años desde su publicación y, tanto los cambios ocurridos en la atención psiquiátrica en nuestro país como el desarrollo de la Bioética y sus aportes a la deontología psiquiátrica, han hecho necesaria su revisión.

Precisamente a partir de la década del 90, se produce en Cuba una reorientación de la Psiquiatría hacia la comunidad, inspirada en cierta forma por la reforma llevada a cabo en Italia por Bassaglia. Uno de los objetivos de este programa consistía en lograr la reinserción y rehabilitación psicosocial de pacientes de larga evolución que se encontraban en instituciones manicomiales. Se establecieron los Centros Comunitarios de Salud Mental y se creó la Maestría en Psiquiatría Social, para asumir el reto que la reorientación suponía. Como fortaleza, se contaba con un sólido programa de atención primaria de salud, liderado por los médicos y enfermeras de la familia. (4) Sin embargo, estudios posteriores reflejan que la reorientación dista aun de lograr sus objetivos. Entre los miembros de la comunidad y los propios profesionales sanitarios persisten representaciones sociales de la enfermedad mental, fundamentalmente Esquizofrenia, que relacionan a los enfermos con peligrosidad e inutilidad. (5)

Con el inicio del nuevo milenio, se produjeron otros cambios en la atención a la salud mental. Los Centros Comunitarios de Salud Mental desaparecen como entidades independientes y se convierten en departamentos adjuntos a los policlínicos, lo que trajo aparejado una diversificación en los programas que los

profesionales debían asumir.

Otro fenómeno que ha acompañado a la sociedad cubana en los últimos años es la complejización del abordaje de las adicciones. Con la entrada masiva de turistas al país, arribaron sustancias psicoactivas cada vez más potentes, baratas y difíciles de detectar. Disminuyó la edad de inicio de consumo y este se expandió a escenario no habituales. El tratamiento a las personas adictas, fundamentalmente adolescentes, es quizás una de las situaciones que más conflictos éticos genera en la actualidad, que el Listado de Derechos del Enfermo Mental (concebido en otro momento histórico) no logra abarcar totalmente.

A la par de las transformaciones sociales acaecidas en Cuba, se ha producido un notable enriquecimiento del conocimiento sobre Ética Médica y Bioética entre los profesionales de la salud.

A partir del curso 1989-1990, se constituye el primer colectivo docente de Bioética (que impartía la asignatura de pre-grado Salud III), de donde posteriormente emanó la Cátedra de Bioética del Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas “Victoria de Girón”. Este curso se considera el primero de su tipo en América Latina. Durante la primera mitad de la década de 1990, proliferaron las Cátedras de Bioética en los Centros de Educación Médica Superior. En septiembre de 1992, se funda el primer Comité de Ética Clínica en una unidad de salud asistencial. Posteriormente, esta iniciativa se expandiría a otros centros y se crearían además los Comités de Ética de la Investigación (destinados a velar por el rigor ético en las investigaciones biomédicas y ensayos clínicos). En 1997 se funda el Centro de Bioética Juan Pablo II (nombrado Instituto en el 2018), bajo el auspicio de la Universidad Católica de

Valencia, con una orientación hacia la Bioética Personalista. En el 2006, la Universidad de La Habana aprueba el primer programa de la Maestría en Bioética, presentado por el Centro de Estudios de salud y Bienestar Humanos de dicha institución. Se han realizado varias ediciones de la misma, y funciona además una Maestría de Bioética con enfoque personalista, en el Instituto de Bioética Juan Pablo II. La editorial Félix Varela ha presentado numerosas publicaciones sobre la Bioética y los aportes cubanos al tema, a la par de la celebración de eventos y espacios de discusión que han contribuido a enriquecer el contexto bioético cubano. (6)

Sin lugar a dudas, estos cambios demandan una revisión y actualización del “Listado de Derechos del Paciente Mental en Cuba”. Contando con el privilegio de que nuevamente el Profesor Ricardo González asesore este proceso, iniciativa por la cual nos motivamos y que constituyó en su primera etapa nuestra tesis de maestría en Bioética y en su etapa final, nuestra tesis doctoral.

Problema científico:

A pesar de que nuestro país cuenta con un listado de derechos del enfermo mental, éste fue diseñado sobre la base de la realidad histórica concreta de inicios de los años 90 del pasado siglo, por lo que muchos de los principios allí reflejados se encuentran descontextualizados casi un cuarto de siglo después. Consideramos que tanto los especialistas en Psiquiatría, como los pacientes y familiares de pacientes con trastornos mentales y/o del comportamiento poseen criterios que sustentan la necesidad de actualizar y enriquecer el “Listado de Derechos del Enfermo Mental en Cuba”.

Objeto de la investigación:

Criterios acerca del “Listado de Derechos del Enfermo Mental en Cuba”. (Anexo 1)

Novedad de la investigación:

Este trabajo permite identificar los principios del listado de derechos del enfermo mental que deben modificarse, sustituirse o enriquecerse, para arribar al diseño de un código deontológico contextualizado al momento histórico y a tono con el desarrollo alcanzado por la Bioética en nuestro país.

Impacto económico-social: Conocer los principios que no se adecuan al contexto actual, permite lograr un instrumento que sirva como soporte moral para la defensa de los derechos de una población tan vulnerable, como lo es la constituida por los enfermos mentales. La aplicación de este instrumento en calidad de código deontológico redundará en una mejor atención a los enfermos mentales, sustentada en el respeto a su autonomía.

Impacto socio-político: Cuba ha sido y continúa siendo blanco de campañas del enemigo, encaminadas a dañar uno de los más loables logros de la Revolución, que es la Salud Pública. Demostrar cuanto se cuida del respeto a los derechos de los enfermos mentales en nuestro sistema socialista, tiene un evidente impacto político.

Desde el punto de vista ambiental, el identificar las insatisfacciones en torno al cumplimiento de los principios bioéticos por parte de pacientes, familiares y psiquiatras tratantes, contribuye a mejorar el cuadro de salud ambiental, al mejorar la satisfacción a partir del ajuste de los mismos a las actuales circunstancias histórico- concretas.

Para el desarrollo de la investigación se trazaron los siguientes objetivos:

OBJETIVOS

General:

Reformular el “Listado de Derechos del Paciente Mental en Cuba”.

Específicos:

- 1) Identificar los criterios de los profesionales de la salud mental en Cuba acerca de la propuesta de reformulación de los derechos del enfermo mental.
- 2) Identificar los criterios de los familiares de los enfermos mentales en Cuba acerca de la propuesta de reformulación de los derechos del enfermo mental.
- 3) Identificar los criterios de los pacientes acerca de la propuesta de reformulación de sus derechos.
- 4) Validar el documento resultante a partir de la consulta a expertos del Grupo Nacional de Psiquiatría.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DE LA TEMÁTICA

El hombre primitivo consideraba que la enfermedad mental tenía un origen sobrenatural. Para expulsar los espíritus malignos del cuerpo del enfermo se recurría a la práctica del exorcismo. En la Edad Media, se afianza la concepción primitiva y mágica de la enfermedad. Se recluyen en los manicomios a los pacientes en condiciones lamentables, para ahuyentar al demonio; aunque se pueden señalar excepciones como la de San Juan de Dios que atendía a los enfermos con caridad cristiana. En algunos países de América Latina, como por ejemplo Bolivia, la interpretación de la enfermedad mental en la época incaica se relacionaba con creencias "mágico religiosas", y entes negativos o manifestaciones de la naturaleza como el sol, la tierra y el aire. Además, se pensaba que la cura de estos cuadros radicaba en la medicina natural, lo que se evidencia a través de hallazgos que se encontraron en chullpas (cadáveres momificados), los que tenían trepanaciones en los cráneos, realizadas en personas vivas con la intención de liberación de los malos espíritus (7).

Es probable que la asociación que hasta hoy persiste en el imaginario popular de los problemas de salud mental con la violencia y/o la agresividad venga ligada a la experiencia de reclusión que "los locos" han vivido a lo largo de la historia, cuya fundamentación se basaba en la negación de la locura como una manifestación del comportamiento humano, así como en su vinculación a la inmoralidad, es decir, a lo "malo". (8).

Con la liberación de las cadenas que arrastraban los enfermos en uno de los manicomios más grandes de Francia por parte de Phillipe Pinel (1745-1826) en

1794, se inicia el largo camino de lucha por los derechos de los pacientes. Los resultados terapéuticos que siguieron a este primer paso fueron sorprendentemente buenos, con buena acogida en Inglaterra, Alemania y Estados Unidos (9).

En la Alemania nazi, numerosos enfermos mentales fueron sometidos a la práctica de la esterilización y, posteriormente, fueron asesinados en los campos de exterminio (10). En Japón, desde la Segunda Guerra Mundial y hasta 1988, el sistema de atención a los enfermos mentales era básicamente el internamiento en zonas rurales remotas (11).

La idea de higiene mental, de salud mental, surge con el siglo XX, de una modernidad ilustrada que cree en el progreso, en sociedades más igualitarias y más justas. La idea de reforma psiquiátrica, la preocupación por la situación de los enfermos mentales, por la vulneración de sus derechos básicos en las grandes instituciones manicomiales, se inicia tras la Segunda Guerra Mundial, en tiempos de mayor sensibilidad social, de mayor respeto por las diferencias y por las minorías tras el Holocausto. Reforma psiquiátrica que trata en primer lugar de humanizar los hospitales psiquiátricos, de sustituir la reclusión manicomial por formas menos degradantes y más terapéuticas, más acordes con los tiempos (supresión de celdas de castigo, de cuartos de aislamiento, de medidas coercitivas, lobotomías, terapias de choque, contenciones indefinidas, abusos). Compartimos el criterio de Jiménez Garrote cuando afirma que “El manicomio, como todas las instituciones totales, favorece un mundo concentracionario y la violación de los más elementales derechos de la persona” (11).

En la actualidad, se estima que una de cada 4 personas padece algún tipo de enfermedad mental durante su vida. Esto representa unos 450 millones de personas en todo el mundo. Estas enfermedades suponen el 40% de las enfermedades crónicas, las cuales tienen un impacto negativo en la calidad de vida, mayor incluso que el de las otras patologías crónicas (enfermedades cardíacas o diabetes) (12). Pero las estadísticas no se detienen aquí, la OPS señala que 1 de cada 4 familias tiene al menos un miembro con un trastorno mental. Menos del 25 % de los afectados es diagnosticado y tratado correctamente en los países occidentales. (13)

1.1 La cuestión de los derechos humanos en los códigos deontológicos

El comienzo de la historia de los códigos éticos en Medicina es el Juramento Hipocrático (14). Sin embargo, se tiene conocimiento de otros códigos deontológicos que, aunque no gozan de la importancia del juramento hipocrático, son expresión de la preocupación médica por el buen actuar hacia el paciente. El Caraka Samhita, texto escrito por un médico hindú en el I siglo d.c., insta al médico a tratar a sus pacientes con respeto y no aprovecharse de ellos; también se aborda la obligación de mantenerse al día, la confidencialidad y los abusos sexuales. En la cultura hebrea, el libro de Asaf Harofe (siglo VI) es el más antiguo conocido y lo debían jurar los estudiantes de medicina en su graduación. También prohíbe los abusos sexuales e impone la confidencialidad. En el siglo X existió un texto sobre ética médica de un persa llamado Alibn al'Abbas; como en el Juramento Hipocrático, hay que venerar al maestro y proteger las necesidades de la siguiente generación médica. Plantea obligaciones específicas en relación con la confidencialidad, los abusos

sexuales y la formación continuada. En 1617, el médico chino Chen Shin-Kung incluyó en su manual de Cirugía, cinco mandatos éticos, con el respeto a la dignidad de los pacientes como denominador común. En 1770, un médico persa, Mohamed Hosin Aghili, enumera 23 deberes en su declaración ética, precedentes de las obligaciones éticas actuales; por ejemplo: el médico debe consultar a un colega si no está suficientemente preparado para tratar un caso; si un tratamiento es ineficaz, buscará alternativas, y ha de compartir sus conocimientos con los demás colegas y con la población general. (15)

Una contribución notable a la codificación de la ética médica la realizó Sir Thomas Percival, cuyo código publicado en 1803 constituyó un manual de ética y etiqueta médica (15). Sin embargo, la tradición occidental se asentó prácticamente en la beneficencia del quehacer médico, que se mantuvo por muchos años y no fue hasta que el Código de Núremberg (1947) resaltó la necesidad del consentimiento voluntario del paciente en la realización de cualquier tipo de investigación o práctica que entonces, al principio de beneficencia del juramento hipocrático, se le añadió el de la autonomía del paciente. Estos principios fueron ampliados luego por la Declaración de Helsinki (1964) y el Informe Belmont (1978). Texto este último donde por primera vez se integraron en un sistema la beneficencia, la autonomía y la justicia. Fue publicado en septiembre de 1978 por The National Commission for the protection of human subjects of biomedical and behavioral research. Dicho documento explica y unifica los principios éticos básicos de diferentes informes de la Comisión Nacional y las regulaciones que incorporan sus recomendaciones. Los tres principios éticos fundamentales para utilizar sujetos humanos en la investigación son:

-Respeto a las personas, protegiendo la autonomía de todas las personas y tratándolas con cortesía, respeto y teniendo en cuenta el consentimiento informado.

-Beneficencia: maximizar los beneficios para el proyecto de investigación mientras se minimizan los riesgos para los sujetos de la investigación, y

-Justicia: usar procedimientos razonables, no explotadores y bien considerados para asegurarse que se administran correctamente (en términos de costo-beneficio) (16).

En 1979 se publica *Principles of Biomedical Ethics*, en el que se profundiza la teoría enunciada en el informe Belmont, y se agrega el principio de no maleficencia de la ética hipocrática (17).

Hasta 1973 no se elaboró el primer código específico para la Psiquiatría, el de la American Psychiatric Association (APA). Cabe señalar que la Asociación Mundial de Psiquiatría (AMP) nació en 1950 con la finalidad de unificar criterios de actuación en esta especialidad y debido al impacto provocado por la actuación de psiquiatras durante el genocidio nazi. Tres años antes, la APA había solicitado a su comité de Ética que elaborara un código adaptado a los psiquiatras. Sin embargo, para la AMP, los psiquiatras, en tanto que médicos, debían regirse por los principios éticos de esta segunda asociación, que la APA podía complementar sin sustraerse a ellos. La AMP había establecido un precedente incorporando a su código una serie de comentarios que incluían ejemplos de transgresiones éticas en casos clínicos. De igual manera, la Canadian Psychiatric Association (CPA) se basó en el código de Ética de la Canadian Medical Association para elaborar su propio código, añadiendo comentarios, a la manera de la APA (18).

Finalmente, la AMP celebró en 1976 el primer congreso sobre aspectos éticos de la Psiquiatría en Londres. Clarece Blomquist, profesor de Ética Médica en el Instituto Karolinska, abordó la necesidad de un código ético propio. Su aportación preparó el terreno para el código introducido un año más tarde en el Congreso Mundial de la AMP en Honolulu y que se conoció como Declaración de Hawai (19).

La Declaración de Hawai recoge las pautas consideradas como los requisitos éticos mínimos en Psiquiatría. Basada en una ética del deber, insta al psiquiatra a servir a los mejores intereses del paciente, ofrecer el mejor tratamiento disponible, obtener consentimiento informado antes de efectuar un procedimiento o un tratamiento, y aplicar la experiencia y los conocimientos profesionales sólo con propósitos diagnósticos y terapéuticos legítimos. También exige el respeto a la confidencialidad y la obtención de consentimiento informado para incluir al paciente en actividades docentes. Señala además una serie de circunstancias que el psiquiatra deberá tener en cuenta: la enfermedad mental puede convertir al paciente en incompetente para prestar consentimiento informado; la Psiquiatría puede ser utilizada perversamente por los poderes políticos o de otro tipo; en Psiquiatría pueden existir relaciones no terapéuticas, como es el caso de los peritajes. La Declaración fue actualizada en Viena en 1983 y luego en Madrid en 1996 (20).

El psiquiatra puede decidir si un código es útil, valorando si los principios y comentarios del mismo contribuyen a resolver los problemas surgidos en la práctica clínica. Los códigos, no obstante, sólo ejercerán su función formativa y de sensibilización si el grupo corporativo les concede un lugar fundamental en su filosofía de la vida, ya sea de manera implícita o dando importancia al

estudio de la ética durante la especialización o en la posterior formación continuada (18).

Entre los problemas más cotidianos que interfieren en la observancia de principios éticamente correctos, está la tendencia a considerar que las decisiones de las personas son acertadas y adecuadas si son similares a las que el evaluador tomaría. Si son diferentes, se activan los procesos de análisis, crítica, exclusión y rechazo que han estado presentes a lo largo de la historia de la humanidad, los que se manifiestan de diversas maneras: exclusión por quienes detentan el poder, de los que tienen determinado color de piel, de los que tienen una preferencia sexual hacia los que profesan otra, de los miembros de un sexo hacia los del otro, de los más capaces hacia los aparentemente menos capaces... la lista sería interminable. (21).

En un estudio sobre actitudes de los psiquiatras en su práctica (investigación internacional que en España incluyó al 50% de los psiquiatras), el 18% de los psiquiatras españoles encuestados consideran que en España no se respetan los derechos de los pacientes. Entre el 13% y el 16% conocen casos de abusos por motivos ideológicos o raciales (por causas políticas en tiempos de Franco, colaboradores de la Euskadi Ta Askatasuna (ETA) en la actualidad...; gitanos, magrebíes, portugueses). El porcentaje de los psiquiatras que conocen la existencia de abusos sexuales a pacientes es del 58% (que conocen: no que practiquen ellos los abusos como una lectura de la prensa sensacionalista ha pretendido al difundir este estudio). Los abusos económicos son informados por el 63%, aunque no queda claro a qué se refieren. Los psiquiatras encuestados tienden a adoptar una ética paternalista en la que prima la supuesta protección del paciente visto como un incapaz sobre el respeto a sus derechos como persona. El derecho a la información se respeta menos en el caso del paciente psicótico, más equiparable a un menor que, en el caso del

depresivo, sobre todo si se trata de un depresivo varón, pues la mujer es considerada más frágil y susceptible de ser protegida (11).

Con el paciente psiquiátrico se corre el riesgo de considerarlo siempre incapaz de decidir; no obstante, se ha encontrado que cuando el diagnóstico es depresión, la capacidad para decidir está alterada entre el 20% y el 25% de los casos, y cuando se trata de esquizofrenia, la cifra se incrementa hasta el 50% (22).

Sarraceno B. enfatiza que toda sociedad tiene la especial obligación de establecer un sistema completo e integrado que provea tratamientos, cuidados y rehabilitación de forma ética, humana e individualizada, que contrarreste la estigmatización y la discriminación de las personas con enfermedades mentales. (23)

El derecho a decidir y el respeto a la autonomía de la voluntad de los pacientes con trastornos mentales se ve sesgado por el estigma que generaliza el criterio de incapacidad y/o incompetencia, en buena medida por el estigma que estos trastornos comportan. Una de las maneras para contrarrestarlo es reforzar el deber que tienen los profesionales de transmitir una "información realista y correcta de la enfermedad mental a la sociedad, las familias, los pacientes y autoridades" (24, 25). Pero se trata de una praxis muy compleja porque ciertamente las personas con trastornos mentales podrían no poseer la capacidad de defender sus derechos, lo que los coloca en una situación de especial vulnerabilidad, dada la restricción de su autonomía (26, 27).

En tales casos, debe velarse por la justicia social. Como plantea Puyol A., (28) tanto en ésta como en la beneficencia existe cierto paternalismo, pues hay que proteger a los enfermos de las presiones que reciben de terceros para aceptar o rechazar determinados tratamientos. Presiones, o coacciones encubiertas, que fácilmente pasan desapercibidas a un defensor de la autonomía que ha renunciado a un paternalismo razonable en nombre del sagrado derecho a la

autonomía.

En esta misma línea de pensamiento, Alfonso Presilla EM (29) asegura que el médico no debe dejar solo a su paciente por una actitud exagerada de respeto a su autonomía, entendida según la idea liberal anglosajona de una teoría ética en la que prima el individuo por encima de todo, que marca como único límite a su libertad el daño a terceros. Ello iría en contra del principio de beneficencia. Es aquí donde la habilidad del profesional para mantener el equilibrio de la salud adquiere especial importancia para persuadir al paciente. Pero para lograrlo resulta vital el conocimiento que tengan los profesionales sobre las características socioculturales de la comunidad, la familia y los individuos de manera que puedan particularizar el manejo en cada caso como es debido y con respeto a sus hábitos, valores y costumbres.

Estas consideraciones en torno al deber de acompañamiento que tiene el médico en aquellos casos en los cuales el enfermo no tiene allegados es especialmente importante en los pacientes con trastornos mentales, sean estos causantes o no de incapacidad; pues no siempre aquel que ha sido declarado judicialmente incapaz carece del principio elemental de autonomía de la voluntad. Muchas veces se trata de contar con un interlocutor válido dentro de la institución sanitaria, que lo ayude a decidir qué es lo mejor para sí mismo en una situación concreta (30,31).

Cabe subrayar que la dimensión intersubjetiva en el diagnóstico, con su extraordinariamente rica pero no reproducible carga hermenéutica, los límites de la investigación fisiopatológica generados por la casi imposibilidad de arribar a conclusiones extrapolables al nivel humano de la investigación en animales,

la dificultad para diseñar modelos incruentos de estudio científico del comportamiento normal y patológico en humanos, los obstáculos del establecimiento de protocolos válidos para la investigación en psicoterapias, la dosis de empirismo que conlleva el diseño de sus estrategias terapéuticas, la incertidumbre en el pronóstico evolutivo de muchas afecciones mentales, constriñen a la Psiquiatría a operar en un campo que adolece de criterios nosológicos estrictos y esquemas terapéuticos protocolizados, como pueden exhibir otras especialidades de la Medicina (32, 33).

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos aprobada por la UNESCO en octubre de 2005 plantea que la Bioética: “trata de las cuestiones éticas relacionadas con la Medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales. Las entiende de modo compatible con el derecho relativo a los derechos humanos.” (26) Sin lugar a dudas, la Declaración, al ser aplicable a la Medicina, relaciona a la Bioética y los Derechos Humanos con la Psiquiatría.

Esta vinculación entre la Psiquiatría, la Bioética y los Derechos Humanos también ha quedado establecida por otros documentos internacionales. Algunos fueron adoptados por las Naciones Unidas como: la Declaración de los derechos del retrasado mental, la Declaración de los derechos de los impedidos y los Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. (34)

Otros, no menos importantes, fueron adoptados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Entre ellos se encuentran: la “Declaración de Caracas” sobre atención psiquiátrica y sistemas locales de salud, los Diez principios básicos de

las normas para la atención de la salud mental, la Declaración de Montreal sobre la discapacidad intelectual, las Guías para la prevención primaria de los trastornos mentales, neurológicos y psicosociales y el módulo “Legislación sobre salud mental y derechos humanos” del Conjunto de Guías sobre servicios y políticas de salud mental. (35)

En la actualidad, las ciencias relacionadas con la Salud Mental se encuentran en búsqueda de respuestas curativas y asistenciales que dignifiquen la situación del enfermo mental. Esto se debe, en gran medida, a que en las últimas décadas hemos asistido al despertar histórico y social de tres acontecimientos que marcan de forma clara la situación, el horizonte y los problemas con que se enfrenta hoy el mundo, y en particular, el mundo del médico:

- ✓ la revolución biológica (con los avances acaecidos en el terreno de la genética y la posibilidad de actuar sobre el ser humano, en los primeros momentos de la vida),
- ✓ la revolución ecológica (ante las problemáticas perspectivas mundiales acerca de los límites del crecimiento poblacional y la explotación inadecuada de los recursos naturales), y
- ✓ la revolución médico-sanitaria (ante el desarrollo de la conciencia de sus derechos por parte de los enfermos y el movimiento por los “Derechos Humanos”; ante la creciente especialización de la Medicina y el desarrollo de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas; ante los distintos sistemas económico-político-sanitarios...) (36).

Lolas Stepke F. (37) plantea que la distinción positivista entre hechos y valores

es de importancia permanente en la Medicina en general y en la Psiquiatría en particular. Considera que incluso términos utilizados para describir perturbaciones y síndromes están cargados de connotaciones valóricas, demostrado en el uso de palabras como neurótico o histérico, que emigraron del vocabulario técnico al uso cotidiano y vulgar.

La mayoría de los autores coinciden en que, para valorar cualquier aspecto ético en Psiquiatría, hay que tener en cuenta cuatro características de esta disciplina:

1. El psiquiatra tiene que valorar el estado mental de otros y emitir un juicio, lo cual implica gran responsabilidad porque puede suponer una estigmatización de por vida o porque el diagnóstico conduzca a una pérdida legal de libertad: en Psiquiatría la neutralidad es difícil de mantener.
2. La Psiquiatría está cargada de ambigüedades: es difícil precisar los límites de la normalidad psíquica; en el fenómeno psicopatológico coexisten lo biológico y lo psicosocial, lo cual dificulta su aprehensión objetiva.
3. El objeto de la Psiquiatría es la conducta humana, frente a la cual no es posible que el paciente ponga distancia, ya que sujeto y trastorno son una misma cosa (las psicosis se caracterizan generalmente por una falta de conciencia de enfermedad). El paciente psiquiátrico ofrece al examen su malestar, su intimidad y su propia historia.
4. En Psiquiatría la relación médico-paciente es un instrumento de exploración y de tratamiento (la situación de indefensión del paciente puede ser mayor aún que en otras ramas de la Medicina). (18)

Sin embargo, el debate bioético no se ha dado con igual intensidad en todos los ámbitos que competen a la Psiquiatría. Dentro de la Salud Mental existen

algunos campos que se han visto especialmente favorecidos por el trabajo de reflexión bioética. Entre ellos se encuentra el estudio de la integración social del enfermo mental, el control de la conducta, los cuidados, los psicofármacos, la psicocirugía, los internamientos psiquiátricos, la investigación en pacientes psiquiátricos, la terapia ocupacional, los modelos de asistencia psiquiátrica, etc. (38) Pero aún subsisten confusiones y controversias que afectan la correcta observancia del respeto a los derechos del paciente.

Existe con frecuencia confusión en torno a los conceptos de capacidad y competencia. Al respecto señala Wierzgba (citado por Pereira Pérez J.): “la competencia debe ser entendida desde la Bioética, como un área del ejercicio de los derechos personalísimos, que no se alcanza en un momento preciso, sino que se va formando y requiere una evolución; no se adquiere o se pierde en un día, o en una semana. Bajo esta denominación se analiza si el sujeto puede o no entender a cabalidad aquello que se le dice, cuales son los alcances de la comprensión, si puede comunicarse, si puede razonar sobre las alternativas y si tiene valores para poder juzgar. Se señala como diferencia con la capacidad, que ésta última es una categoría usada en el ámbito jurídico, mientras que la competencia traspasa las fronteras del Derecho”. (39) Respetar la autonomía del enfermo incluye también, de manera especial, el respeto a sus valores y creencias, como parte del engranaje necesario para la evaluación de su competencia; (40) algo que no sólo se obvia en el enfermo mental, sino que, al ignorar la arista transcultural, en ocasiones se lleva al rango de síntoma de un trastorno psiquiátrico, cuando en realidad forma parte de su estar en el mundo. (41)

Este tema de la determinación de la capacidad de un paciente con un trastorno mental o del comportamiento adquiere especial relevancia en el campo pericial, específicamente en el auxilio al Derecho Civil. (42) Resulta necesario señalar que el presente milenio se ha caracterizado por una tendencia a dejar atrás las viejas formulaciones de la incapacidad civil total, para acercarse más a la curatela y a la definición de los límites y alcances de su autonomía; en el marco de una discusión filosófica acerca de los presupuestos a tener en cuenta la hora de establecer los mecanismos que se implementarán con el fin de respetar sus derechos igualitarios, a la vez que considerar sus diferencias, sin vulnerar sus derechos a no ser discriminadas. (43) Al decir de Solitario R., (44) la clave está en los términos en que se defina la discusión, y esto depende de las decisiones políticas que el estado y los diversos actores involucrados tomen en el campo de la disputa.

Más allá de la valoración de las creencias y valores del enfermo como parte de un cuadro nosográfico, con frecuencia se viola la confidencialidad, ya que se expone en las historias clínicas, cuya custodia no siempre es segura, detalles que lesionan su dignidad. Debemos recordar que el secreto profesional en el ejercicio de la Medicina, ha sido un tema de interés a lo largo de la historia. Desde tiempos inmemoriales se ha tenido un especial cuidado en mantener la reserva de la información recabada. Ya en el siglo IV a.C. se formula el "Juramento Hipocrático", que entre sus cinco obligaciones incluye la siguiente: "Guardaré silencio sobre todo aquello que, en mi profesión, o fuera de ella, oiga o vea en la vida de los hombres que no deban ser públicos, manteniendo estas cosas de manera que no se pueda hablar de ellas". (Juramento Hipocrático. Atribuido al médico griego Hipócrates de Cos -Cos, c. 460 a.C.- Tesalia c. 370 a.C.). (14) Este punto del juramento, presente en la tradición médica occidental a lo largo de los siglos, es recogido y adaptado en los códigos deontológicos de

las profesiones sanitarias. La Asociación Médica Mundial preconiza en 1948 "Guardar y respetar los secretos confiados a mí, incluso después del fallecimiento del paciente" (2ª Asamblea General de la A.M.M. Declaración de Ginebra, Suiza. Septiembre de 1948). (45)

El principio de confidencialidad hace énfasis en que los datos referidos a la ideología, religión, creencias, origen racial, vida sexual, al hecho de haber sido objeto de malos tratos y, cuantos datos puedan tener especial relevancia para la salvaguarda de la intimidad personal y familiar deben ser especialmente protegidos (sin menoscabo del cumplimiento de los deberes legales de comunicación o denuncia ante cualquiera de los supuestos previstos por la legislación). (46, 47) Pero en la actualidad, con la informatización de los archivos, corresponde también al centro de salud el uso de medidas de seguridad que garanticen la confidencialidad y autenticidad de los datos, a la vez que registren los accesos a los mismos y la identidad de los creadores en cada momento (48).

La mayoría de los autores concuerdan en una condición sobre la base de la cual no puede mantenerse la confidencialidad: aquella que lleva implícito peligro para la vida de enfermo o de otras personas relacionadas con él. Cuando la vida está en peligro por cualquier causa, la norma tácitamente explicita que el derecho a la vida es un bien superior a la inviolabilidad del secreto médico; por ende, es recomendable que dentro de las obligaciones contractuales del médico con el paciente (contrato terapéutico) se establezca como prioridad la vida y su defensa y que se exceptúen otros intereses de la vida distintos de la práctica médica (49).

En la práctica de la Psiquiatría, una de las problemáticas relacionadas con la protección de la vida como bien supremo en la que mayores dilemas éticos se confrontan, es en el abordaje de la conducta autodestructiva. Generalmente, el tipo de

relación médico-paciente que ha predominado en el tratamiento de la conducta suicida ha sido el paternalismo. Este modo tradicional de intervención ha considerado que el intento de suicidio es elegido de manera irracional por una persona enferma, psicótica, cuyos deseos, preferencias y acciones están alterados, lo cual la incapacita mentalmente para tomar decisiones sobre su tratamiento, internamiento u otra medida que evite un daño mayor. (49)

Al respecto, Edwin Shneidman, creador de la suicidología como moderna área del conocimiento (citado por Chávez Hernández AM.) (50), aportó el concepto de Psychache, traducido como dolor psicológico, complejizando aún más esta ya dilemática situación, al unir dentro del mismo, elementos que pueden considerarse síntomas con otros que se salen de la psicopatología para enmarcarse en el ámbito de la moral y la dignidad.

Si a este enfoque aportado por Shneidman añadimos el que nos ofrece la línea sociológica de interpretación de la conducta autodestructiva, que parte de Durkheim (51) y su definición de la anomia como causal de suicidio en una sociedad enferma, dentro de la cual el hombre no logra satisfacer sus necesidades, abocándolo a la frustración y a la crisis autoquímica; se hace más difícil mantenerse apegado a la concepción paternalista de beneficencia, pues no se trata de un enfermo mental. Se trata de un sujeto conflictuado por una sociedad generadora de estresores, los mismos que pueden llevarlo a cuestionarse el sentido de la propia existencia y quizás a ese dolor psicológico del que nos habla Shneidman. (52)

Como plantea Cohen (citado por Mondragón L) (49), "... el problema es que la intervención paternalista, aunque tenga buenas intenciones, puede desencadenar efectos paradójicos" pues presenta grandes dificultades en cuestiones prácticas. La primera es el grado de interferencia sobre la libertad de un individuo: quizá el paciente no permanezca incapacitado mentalmente durante todo su tratamiento; la segunda es

que la conducta suicida no es homogénea; por ejemplo, no es lo mismo el intento de suicidio diádico que el suicidio asistido o bien la eutanasia. No obstante, el paternalismo interviene de igual manera en todas ellas.

Otra problemática que genera debates y conflictos desde la Bioética es la pertinencia del ingreso compulsorio. (53) La finalidad terapéutica del ingreso involuntario requiere la constancia de que nos encontramos ante un sujeto que padece un "trastorno psíquico". Antaño era más común utilizar el término "enfermedad mental"; en la actualidad se ha extendido el empleo del término "trastorno mental" o "trastorno psíquico". Debe quedar claro el significado de lo que ha de entenderse por *trastorno psíquico*, transitorio o permanente, en línea con lo dispuesto en instrumentos internacionales; sin que en ningún caso puedan considerarse como expresión de trastorno o enfermedad mental la discrepancia del afectado con los valores sociales, culturales, políticos o religiosos imperantes en la comunidad. (54)

Al respecto resulta imprescindible el manejo de la Psiquiatría Transcultural, pues dentro del proceso de aculturación del inmigrante (55) pueden aparecer conductas adaptativas que, de no estar culturalmente bien informado el médico tratante, puede etiquetarlas como parte de un proceso mórbido, cuando se trata de una respuesta enmarcada en la normalidad de su contexto de procedencia y marco referencial. (56, 57)

También es frecuente que algunos psiquiatras, en un ejercicio más estadístico que clínico, valoren formas de pensar diferentes al promedio de la sociedad en la cual desarrollan su vida como manifestaciones psicopatológicas, cuando en realidad el sujeto interpreta la realidad de acuerdo con su personalidad, pudiendo modificar su razonamiento según se modifiquen los contextos

vivenciales, sin pasar esa fina línea que sirve de frontera entre lo considerado "normal" y "patológico". (58, 59)

A la tendencia del mundo occidental a "normativizar" el comportamiento humano se ha contrapuesto Benedict (citado por Hollweg MG.) (60) con el principio del "relativismo cultural", que señala que no hay ninguna cultura que pueda valorarse como norma de referencia general para comprender valorativamente un comportamiento en culturas distintas como normal en unas y como anormal en otras.

Por estas razones, la determinación de que una persona padece una enfermedad mental, aunque se formula con arreglo a normas médicas aceptadas internacionalmente, no es labor fácil; ya que fijar cuáles son tales "normas" o "cánones", aunque en parte la existencia de clasificaciones internacionales sobre la materia (CIE, DSM y SM) ayudan, no debe obviar todos los aspectos transculturales. La no catalogación como "enfermedad mental" de cualquier discrepancia ideológica o creencias es también lugar común a nivel internacional. Es más, ni "los conflictos familiares o profesionales" ni "el hecho de que un paciente tenga un historial de tratamientos o de hospitalización" son factores suficientes para determinar la existencia de trastorno psíquico. También existe consenso en cuanto a que la evaluación de la pertinencia del ingreso corresponde a "profesionales" con adecuada cualificación y formación. (61) Pero, ¿qué profesionales? Ha de distinguirse:

- a) el profesional externo a la institución hospitalaria que prescribe (o sugiere) el ingreso (Médico de Atención Primaria o Especialista en Psiquiatría, Trabajador Social, Psicólogo, Policía)
- b) el responsable del Centro (Director o quien ostente su representación), el

cual está obligado a realizar la preceptiva comunicación al órgano judicial

c) el facultativo que materializa dicho ingreso, el cual parece natural que sea un especialista en Psiquiatría (la necesidad de evaluar no sólo el estado psíquico, sino incluso el físico -por ejemplo para descartar la existencia de estados confusionales derivados de un traumatismo-, así lo aconseja y

d) el que emite el dictamen facultativo (61).

Como criterios de ingreso cabe citar los siguientes:

a) Entidad clínica del trastorno. Es decir que la "enfermedad mental sea grave", y que revista un carácter o amplitud que legitime el internamiento.

b) Carencia de autonomía. Se habla de la persona "cuya capacidad de juicio esté afectada". No basta un criterio biológico o psiquiátrico puro para aceptar el internamiento, sino que -además de lo anterior- debe valorarse que dicho trastorno origine efectos y consecuencias que justifiquen el internamiento.

Y es que "el autogobierno tiene, por tanto, un significado fundamentalmente psíquico". Es más, "la enfermedad mental afecta no sólo a la salud -psíquica- del paciente, lo cual ya es grave, sino también, lo que es mucho más, a su capacidad de autodecisión". (62)

El ingreso forzoso parte de la ausencia de autonomía en los siguientes presupuestos:

1) En el caso de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo, *cuando no sea posible conseguir su autorización*, no es preciso que concurra consentimiento alguno -aunque, si las circunstancias lo permiten, ha de consultarse a los familiares o personas vinculadas al paciente.

2) En el caso de los mayores de edad, se contempla el mecanismo de consentimiento por representación. El consentimiento sustituto tiene lugar:

- a) "cuando *el paciente no sea capaz de tomar decisiones*, a criterio del médico responsable de su asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación", en cuyo supuesto "si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho" y
- b) "cuando *el paciente esté incapacitado legalmente*", lo que erróneamente pudiera inducir a una presunción de falta de autonomía, pues la incapacidad puede referirse solo al ámbito patrimonial y no a la autodeterminación en el ámbito sanitario.
- c) La situación clínica ha de comportar un riesgo para el propio paciente o para terceros. Se habla de "riesgo grave de daño inmediato o inminente para esa persona o para terceros" o de "riesgo real de daño grave a su salud o para otro". (61)

Pero cuando el internamiento forzoso se realiza por mandato judicial, tanto para la determinación de aquellas afectaciones psicopatológicas que puedan trascender a la facultad de comprender el alcance de acciones que puedan transgredir la norma y tipificarse como delitos, como para el cumplimiento de medidas de aseguramiento pre y postdelictivo, el psiquiatra debe extremar las precauciones en torno al riesgo de incurrir en violaciones a la autonomía y a la dignidad de estas personas, que se encuentran legalmente privadas de libertad. (63)

El nacimiento de una especialidad asistencial en materia de personas con enfermedad mental que han cometido infracciones penales data del siglo XIX, a partir de las regulaciones legislativas que se originaron luego de una serie de atentados contra el Rey Jorge III de Inglaterra, presuntamente cometidos por locos criminales, construyéndose el Manicomio Judicial de Broadmoor. Esta tendencia se extendió

rápidamente a toda Europa y Norteamérica, (61) con el común denominador de la reticencia general de los psiquiatras a la revisión de las medidas de internamiento forzoso por temor a la liberación de un interno que pudiera reincidir en la comisión de actos violentos en libertad; pues tal decisión exigía, más allá de los esquemas terapéuticos que resultaran efectivos para el control de la violencia, el desarrollo de sistemas predictivos cuyo grado de fiabilidad nunca será alto. Por lo que los enfermos mentales se mantenían en situación de reclusión por tiempos prolongados e incluso indefinidos. (64)

1.2 Derechos humanos y Psiquiatría en Cuba:

Las manifestaciones más lejanas del pensamiento bioético en nuestro país habría que encontrarlas derivadas del establecimiento en la isla del Real Tribunal del Protomedicato. *Creada dicha institución, la más antigua de la salud pública española, por Real Cédula de Juan II de Castilla en 1422, tuvo desde sus inicios, la facultad de actuar contra los crímenes y excesos que cometían los médicos, cirujanos, licenciados, farmacéuticos y otros, en el ejercicio de la profesión y con la autoridad suficiente para castigar conforme a derecho.* (65)

Dicha institución desaparece en 1833, para ser sustituida por las Reales Juntas Superiores Gubernativas de Medicina y Cirugía y de Farmacia (continuadoras como tribunal de ética médica). Un hecho que el Dr. Gregorio García Delgado considera de suma importancia en el desarrollo histórico del pensamiento ético en general en Cuba fueron las célebres Conferencias Filosóficas o tres cursos de filosofía, dictadas en la Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de La Habana por el doctor Enrique José Varona y Pera, entre 1880 y 1882. La última versaba sobre Fundamentos de la Moral, y en ella se

sistematiza por primera vez en Cuba todo el pensamiento ético y se analizan críticamente sus corrientes más modernas. (65)

Sin embargo, la atención de los pacientes psiquiátricos previo a 1959 casi no fue alcanzada por movimientos éticos. Se encontraba centralizada en la Habana fundamentalmente y era en su mayor parte a forma manicomial, con su máximo exponente en la “Casa de Dementes de Cuba”, construida en el área suburbana conocida como Mazorra, y fundada en 1853. El siglo XIX muestra las valiosas huellas de reconocidos médicos especialistas, como los doctores José J. Muñoz y Manuel González Echevarría, quienes introdujeron las influencias de las escuelas psiquiátricas prevaletentes en Francia, Alemania y España de aquella época. Con posterioridad, en las primeras seis décadas del siglo XX, otras figuras contribuyeron dentro de su ejercicio privado con formas diferentes de vinculación a la docencia universitaria, y fueron defensores de la necesidad de mejorar la asistencia psiquiátrica gubernamental. (66)

Se reconoce como el primer código deontológico del siglo XX de la medicina cubana al Código Moral que, en 1912 promueve el autotitulado Colegio Médico de Cuba. Este no llegó a tener alcance nacional dado que aún no se había logrado unidad gremial en el sector de la salud; alcanzada hacia el año 1925, con la fundación de la Federación Médica de Cuba (antecesora del Colegio Médico Nacional de 1944). (67)

En 1942 fue creada la Sociedad Cubana de Neurología y Psiquiatría, en 1948 se reactivó, en la Liga de Higiene Mental, la Sociedad Cubana de Psicoterapia, la cual quedó constituida en 1951. En esta etapa se destacan los doctores Armando Córdova Quesada, con su libro *La locura en Cuba* (1940) y José Ángel Bustamante, miembro fundador de la Asociación Psiquiátrica de América

Latina (APAL) (66). Sobre este particular, el profesor Luis Calzadilla Fierro nos aclara en comunicación oral que, en la década del 10 del pasado siglo se funda la Sociedad Cubana de Psiquiatría y Neurología, en el sanatorio perteneciente a Malberti. En su acta constitutiva se toma como cuarto acuerdo, la redacción de un código ético para la especialidad.

El “Juramento de Honor de los Médicos Cubanos” (1938), el “Código de Moral y Ética” (1957), las “Reglas de Etiqueta Profesional” (1957), los “Principios de la Ética Médica” (1982), documento rector que pauta la conducta de los trabajadores de la salud dentro de la proyección humanista de nuestra Revolución, el “Código de Ética de los Científicos Cubanos” (1994); la adhesión de Cuba a los códigos internacionales de ética médica, ética de las investigaciones, a las cartas del derecho del paciente y a otros acuerdos internacionales sobre la materia, reflejados en nuestro medio por “Los Principios y Regulaciones Éticas para la Protección y Beneficio de las Personas con Trastornos Mentales en Cuba”, demuestran que el definir y hacer valer los derechos de los enfermos mentales, ha constituido una preocupación ética creciente y sostenida en el desarrollo de la Psiquiatría en Cuba. (66)

Con el objetivo de garantizar la óptima protección de los derechos de los enfermos mentales, en 1994 el MINSAP publica el “Listado de Derechos del Paciente Mental”. En su discusión participó el 95% de los psiquiatras cubanos y se convirtió en un importante código deontológico a cumplir por los profesionales que laboran en la Salud Mental. A partir de septiembre de 2008, el Grupo Nacional de Psiquiatría promovió la iniciativa de realizar en todos los servicios de la Ciudad de La Habana, talleres denominados “Aspectos éticos y legales de la práctica de la Psiquiatría”. En estos encuentros se constató que la

mayoría de las opiniones coincidían en que los derechos que se recogían en este listado no se avenían a las consideraciones éticas actuales: sólo se menciona el consentimiento informado en lo referente a investigaciones, no se abordan todos los aspectos por los cuales el paciente psiquiátrico puede sufrir discriminación y no se establecen límites para la familia en cuanto a decisiones sobre el paciente se refiere. A pesar de constituir un importante referente ético para la Psiquiatría cubana, los importantes cambios contextuales en las últimas décadas hicieron necesaria su revisión y actualización teniendo en cuenta cuanto se ha desarrollado la Bioética y el espacio de reflexión que ésta permite, desde 1994 a la fecha. (68)

La investigación que llevamos a cabo durante la maestría en Bioética, tuvo por objetivo la revisión y actualización del mencionado listado, con vistas a la reformulación de los derechos que en el mismo aparecen. Se arribó entonces a las siguientes conclusiones (68):

- ✓ Casi la totalidad de los psiquiatras encuestados considera que el listado de derechos vigente no se adecua al contexto ético y social actual. Los principales señalamientos radican en el abordaje del consentimiento informado, los límites de la responsabilidad familiar, la capacidad de los pacientes para decidir, la discriminación, la confidencialidad, el ingreso compulsorio, el acceso a los recursos terapéuticos y a la rehabilitación, la calidad de la atención médica y el manejo de las adicciones.
- ✓ La Bioética, al reflexionar sobre la aplicación de los Derechos Humanos Fundamentales y Derechos del Enfermo en las situaciones concretas de enfermedad desde una perspectiva humanista, tiene un alcance crítico y normativo en la cuestión de los derechos humanos en el campo

específico de la psiquiatría. El pensamiento bioético aporta al psiquiatra la consideración de implicancias éticas relacionadas con el respeto de la dignidad humana y la autonomía personal, la prohibición del maltrato y los tratamientos compulsivos, la promoción de la salud y los mejores intereses de los pacientes, así como la preocupación por el bien común y la justicia.

- ✓ Las modificaciones que consideramos procedentes para reelaborar el “Listado de Derechos del Paciente Mental en Cuba” desde la perspectiva de la Bioética, se concentran fundamentalmente en el abordaje del consentimiento informado, la discriminación, la definición de libertades en el paciente ingresado, los criterios de traslado e ingreso compulsorio y el acceso a la rehabilitación.

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODO

2.1. Diseño del estudio

Se realizó un estudio mixto secuencial en dos fases: una primera descriptiva y de corte transversal, en la que se analizaron los criterios recogidos en la encuesta a pacientes, familiares y psiquiatras acerca del *Listado de derechos del paciente mental* en Cuba y una segunda fase cualitativa en la que emergieron categorías que permitieron reformular dicho listado.

2.2. Universo y muestra

El universo de estudio se constituyó de acuerdo con cada tarea de investigación de la siguiente manera: psiquiatras en ejercicio en Cuba, pacientes con diagnóstico de trastorno mental o del comportamiento que reciben atención en el país y familiares que acompañan a estos pacientes.

Para la realización del estudio se seleccionaron tres muestras, no probabilísticas: una muestra de los psiquiatras en ejercicio de dos provincias pertenecientes a la región occidental, La Habana, con predominio de población urbana y Artemisa, con predominio de población rural, una provincia de la región central, con población urbana y rural: Sancti Spiritus y una de la región oriental, que igualmente posee población urbana y rural: Holguín. Fue encuestado, además, el 50 % de los psiquiatras del municipio especial Isla de la Juventud. Por lo que se logró encuestar un total de 160 psiquiatras, los que representan el 20 % del total nacional.

La muestra de pacientes y familiares en cada una de las provincias incluyó tanto pacientes ingresados como ambulatorios, pertenecientes a los tres niveles de atención en salud mental, para un total de 500 pacientes y 360 familiares.

En La Habana se tomaron pacientes pertenecientes a todos los municipios, ingresados en el Hospital Psiquiátrico de La Habana, a los municipios Plaza de la Revolución, Playa y Lisa, atendidos en el servicio de Psiquiatría del Hospital Docente Clínico-Quirúrgico “Joaquín Albarrán” y al municipio Marianao, atendidos en el Complejo Comunitario Interdisciplinario de Salud (CINSA) y en el Policlínico Universitario “Carlos Manuel Portuondo”.

En Artemisa, se tomaron pacientes atendidos en el Policlínico “Bauta”, en Santic Spiritus se tomaron pacientes atendidos en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Provincial y en el Hospital Psiquiátrico de Cabaiguán y en Holguín se tomaron pacientes atendidos en el Hospital Psiquiátrico y en el servicio de Psiquiatría del Hospital Provincial.

Para la selección de la muestra se realizaron listados nominales (nombre, apellidos y los datos de localización) para cada una de las unidades de análisis incluidas, para la ubicación de los pacientes en el caso de los hospitales se utilizaron los registros de archivo, en los Departamentos Comunitarios de Salud Mental y en las áreas de salud, de igual manera se utilizaron los registros de dispensarización, en el caso de los policlínicos se revisaron las fichas de dispensarización.

Una vez ubicados los pacientes se les solicitó tanto a ellos como a sus familiares su colaboración, explicándole la importancia de la investigación en cuanto a poder contar con un documento a partir del cual se hagan respetar los derechos de los enfermos, su consentimiento fue tomado por escrito, según el modelo diseñado para estos fines (anexo 2).

Se confeccionó la lista de los incluidos en los grupos de pacientes, otra de familiares y otra de profesionales de la salud mental, específicamente médicos psiquiatras. Estos últimos se integraron a la investigación de manera voluntaria, motivados a partir de los talleres que se habían realizado en la etapa anterior de la misma, habiendo

interiorizado la relevancia de actualizar el documento que finalmente deberá proponerse como código deontológico.

Las encuestas fueron diseñadas a partir de los resultados de los talleres realizados en una etapa anterior de esta investigación, que formaron parte de la metodología de la tesis de maestría en Bioética de la autora. (69) Quedaron estructuradas de la manera que aparece en los anexos 3 y 4.

2.3. Variables y Categorías

Para darle salida a los objetivos propuestos en esta investigación utilizamos las siguientes variables y categorías.

Variable	Clasificación	Definición	Escala	Indicador
Datos generales				
Edad	Cuantitativa continua	Años cumplidos	•25-34 •35-44 •45-54 •55-64 •65 y más	Porcentaje
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Según sexo biológico	•Masculino •Femenino	Porcentaje
Categoría profesional	Cualitativa ordinal	Según cumplimiento de los requisitos de categorización	•Especialista de Primer •Especialista de Segundo Grado	Porcentaje
Experiencia profesional	Cuantitativa continua	Según años de experiencia como especialista	•Menos de 5 años •5-9 años •10-14 años •15-19 años •20-24 años •25-29 años •30 años y +	Porcentaje
Nivel de Atención	Cualitativa nominal politómica	Según la pertenencia de la institución donde labora dentro del SNS.	•Atención Primaria •Atención Secundaria •Atención Terciaria	Porcentaje

Categoría docente	Cualitativa nominal politómica	Según el tipo de categoría docente que ostenta al momento del estudio.	•Instructor •Asistente •Auxiliar •Titular	Porcentaje
Categoría Investigativa	Cualitativa nominal politómica	Según cumplimiento de los requisitos de categorización.	•Aspirante •Agregado •Auxiliar •Titular	Porcentaje
Grado Científico	Cualitativa nominal politómica	Según cumplimiento de los requisitos de obtención del grado.	•Master en Ciencias dentro de las Ciencias de la salud •Master en otras ciencias •Doctor en Ciencias Medicas •Doctor en Ciencias Generales	Porcentaje
Conocimiento	Cualitativa nominal dicotómica	Según manifieste tener conocimiento previo del listado de derechos del paciente mental en Cuba.	•Si •No	Porcentaje
Actualidad	Cualitativa nominal dicotómica	Según percepción del encuestado acerca de la actualización del listado.	•Actualizado •Desactualizado	Porcentaje
Divulgación	Cualitativa nominal politómica	Según percepción del encuestado acerca de la divulgación del listado.	•Buena •Regular •Mala	Porcentaje
Cumplimiento	Cualitativa nominal politómica	Según percepción del encuestado acerca del cumplimiento en la práctica del listado.	•Se cumple en su totalidad •Se cumple parcialmente •No se cumple	Porcentaje
Derecho de Autonomía	Cualitativa nominal politómica	Según criterio del encuestado acerca del respeto a la autonomía en el enfermo mental.	•Debe respetarse siempre •Debe respetarse siempre que tenga capacidad de decidir y consentir •No procede	Porcentaje
Consentimiento informado	Cualitativa nominal politómica	Según criterio del encuestado acerca de la capacidad de otorgar consentimiento del	•Siempre posee la capacidad de consentir •Nunca posee la capacidad de	Porcentaje

		enfermo mental.	consentir •El paciente neurótico y psicopático poseen la capacidad	
Consentimiento sustituto	Cualitativa nominal politómica	Según criterio del encuestado sobre quién debe otorgar este consentimiento	•Padres •Hijos •Cónyuges en primer lugar •Cualquier familiar	Porcentaje
Ingreso compulsorio	Cualitativa nominal politómica	Según criterio del encuestado acerca de los requisitos para llevarlo a cabo.	•Que exista riesgo suicida •Que exista riesgo heteroagresivo •Con criterio colegiado de 3 psiquiatras •Con criterio colegiado de 2 psiquiatras diferentes al actuante •Con anuencia de la familia •Independientemente del criterio familiar •Que exista mandato judicial	Porcentaje
Confidencialidad	Cualitativa nominal politómica	Referido a los criterios del encuestado acerca del respeto a la confidencialidad en los casos de enfermos mentales.	•Siempre se respeta •A veces no se respeta •Nunca se respeta •Debe respetarse siempre	Porcentaje
Respeto	Cualitativa nominal politómica	Referido al criterio del encuestado acerca de si se respeta la dignidad de los enfermos mentales	•Siempre •No siempre •A veces •Casi siempre •Casi nunca	Porcentaje
Derechos laborales	Cualitativa nominal politómica	Referido al criterio del encuestado sobre el respeto de los derechos laborales del enfermo mental	•Siempre se respetan •A veces se respetan •Se respetan parcialmente •Casi nunca se respetan •Nunca se respetan	Porcentaje

Derechos a respetar durante el ingreso	Cualitativa nominal politómica	Referido al criterio del encuestado acerca de los derechos cuyo respeto en los enfermos mentales se debe exigir institucionalmente	•Alimentación adecuada y suficiente • Higiene de las instalaciones, artículos de uso , ropas •Seguridad •Privacidad •Información •Asesoría legal •Derecho a libertad de religión •Derecho a comunicación telefónica, postal o electrónica con familiares y amigos •Derecho a establecer quejas contra la institución y los terapeutas	Porcentaje
Calidad de instalaciones dedicadas a la atención al enfermo mental	Cualitativa nominal dicotómica	Referido al criterio del encuestado acerca de si las instalaciones tanto del primer, como del segundo y el tercer nivel de atención tienen la calidad requerida.	•Sí •No	Porcentaje
Derecho a segundas opiniones	Cualitativa nominal dicotómica	Referida al criterio del encuestado acerca de la pertinencia de que el enfermo mental busque otras opiniones profesionales, paralelamente a las de su equipo de salud mental	•Sí •No	Porcentaje
Derecho a privacidad	Cualitativa nominal dicotómica	Referida al criterio del encuestado acerca del respeto del derecho a la privacidad de los enfermos mentales en las instituciones a cargo de su atención	•Se respeta •No se respeta	Porcentaje
Discriminación social	Cualitativa nominal	Referido al criterio del encuestado en cuanto a la existencia de acciones	•Existen •No existen	Porcentaje

	dicotómica	u omisiones que puedan ser calificadas como discriminatorias contra el enfermo mental en la sociedad		
Discriminación laboral	Cualitativa nominal dicotómica	Referido al criterio del encuestado acerca de la existencia de actitudes o políticas discriminatorias del derecho a trabajar del enfermo mental	•Existen •No existen	Porcentaje

2.4. Técnicas para la obtención de la información

- ☞ Revisión documental.
- ☞ Encuestas autoaplicadas.
- ☞ Entrevistas a profundidad

2.5. Procedimientos

Para el desarrollo de la investigación y con el objetivo de obtener las autorizaciones pertinentes, nos presentamos ante las autoridades de cada territorio dándoles a conocer las características del proyecto y establecieron las coordinaciones necesarias para su realización, obteniéndose así la aprobación de cada área de salud para la realización del estudio.

Se estableció una lista de temas a partir de las relatorías de los talleres que se llevaron a cabo durante la etapa anterior de la investigación, misma cuyos resultados fueron analizados en la tesis de maestría en Bioética de la autora (69). Las entrevistas se llevaron a cabo cumpliendo con la privacidad requerida para este tipo de estudio, con una duración de una hora aproximadamente. Se analizó toda la información aportada con vistas a su contextualización, enriqueciéndola a partir de los debates abiertos con pacientes y familiares en cuya conducción sirvieron de guía las

temáticas en las cuales había existido coincidencia estadística en las encuestas y que se habían tratado en las entrevistas a profundidad.

Mediante la combinación de la información escrita contenida en las encuestas con lo expresado por los encuestados durante las entrevistas a profundidad se intenta un acercamiento a la realidad social en la cual debe contextualizarse la propuesta de código deontológico.

La encuesta fue autoaplicada a todos los sujetos seleccionados, en las provincias occidentales conducida de forma personal y privada por parte de la autora de esta investigación, no interfiriendo con los horarios de consultas, prefiriendo las viviendas y las horas de la tarde-noche en el caso de la población general. En el caso de las provincias Santic Spiritus y Holguín, se le brindó capacitación a un coordinador por cada una de ellas, con vistas a garantizar el rigor metodológico necesario. Como acciones previas se brindó una breve explicación de los objetivos de la investigación y se solicitó el consentimiento informado en todos los casos.

Las entrevistas a profundidad fueron aplicadas a 50 pacientes, para un 10 % del total de los encuestados. De estos, 20 pertenecientes a La Habana, 10 a Artemisa, 10 a Santic Spiritus y 10 a Holguín. Se utilizó la guía que aparece en el anexo 5. También se aplicaron a 36 familiares, igualmente para un 10 % del total de los encuestados, de ellos, 16 de La Habana, 10 de Artemisa, 5 de Santic Spiritus y 5 de Holguín.

2.6. Procesamiento y análisis de la información

Toda la información recogida mediante las encuestas se llevó a una matriz Excel, a partir de la cual se confeccionaron tablas basadas en análisis porcentuales, de manera que la propuesta de código deontológico que se obtuviera se sustentara en criterios coincidentes.

Desde el punto de vista cualitativo se tomaron en cuenta los resultados de las entrevistas a profundidad a pacientes y familiares, así como las relatorías de los talleres realizados en la fase anterior de esta investigación y se replicaron los debates con los psiquiatras en las provincias seleccionadas, añadiendo sesiones de debate con pacientes y familiares, durante las cuales se pudo contextualizar cada uno de los planteamientos que luego integraron la propuesta.

Una vez confeccionada esta, se presentó al Grupo Nacional de Psiquiatría (asesor del ministerio de Salud Pública para la especialidad) para su validación. La misma fue revisada por los miembros, los que realizaron varios señalamientos. Una vez corregidos por la autora, se les devolvió el documento, el cual resultó avalado por dicho grupo.

2.7. Ética

Esta investigación se realizó de acuerdo con los cuatro principios éticos básicos: el respeto a las personas, la beneficencia, la no-maleficencia y el de justicia.

Se solicitó el consentimiento informado a cada uno de los participantes después de explicarles detalladamente los motivos por los que se iba a realizar el estudio, la utilidad, riesgos y beneficios que se obtendrían y la posibilidad de abandonar el mismo en el momento que lo deseara. Se hizo explícito el compromiso de los investigadores de mantener la confidencialidad de todos los datos. Además, se contó con la autorización administrativa de las áreas de salud implicadas.

2.8. Limitaciones del estudio

La mayor parte de la información de este estudio se obtiene mediante la encuesta a profesionales de la Psiquiatría, pacientes con trastornos mentales y/o del comportamiento y familiares de éstos; existe por tanto la posibilidad de sesgo de deseabilidad social. Para evitarlo en lo posible se fue exhaustivo en el proceso de consentimiento informado y se realizaron las encuestas con el máximo de privacidad

posible, incluyendo las entrevistas a profundidad y los debates de los temas de coincidencia identificados mediante el análisis estadístico de las encuestas.

Los resultados de este estudio en su conjunto no pueden ser totalmente extrapolados a otras poblaciones. En primer lugar, porque la elección de los municipios donde se realizó la investigación fue no fue aleatoria. Además, para la elección de los individuos se utilizó muestreo no probabilístico. Cualquier generalización de las evidencias científicas obtenidas hacia otras poblaciones debe ser por tanto profundamente analizada.

2.9. Conclusiones del capítulo

Se desarrolló un estudio que clasifica como mixto secuencial, que parte del paradigma interpretativo o hermenéutico y busca la identificación de los aspectos que deben ser modificados, ampliados, retirados o incluidos del Listado de los Derechos del Paciente Mental en Cuba, tanto desde la perspectiva de los profesionales de la salud mental, como de los propios pacientes y sus familiares. Partiendo de una muestra no probabilística de cuatro provincias del país, dos occidentales, una central y una oriental, en la cual quedaron incluidos 160 psiquiatras, 500 pacientes y 360 familiares. Se exponen las variables y categorías abordadas, los criterios operacionales así como los procedimientos para la obtención de la información y su procesamiento estadístico. Se toman en cuenta todos los principios bioéticos, partiendo del requisito del consentimiento informado.

CAPÍTULO III

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

3.1. Contexto de la discusión. Condiciones de análisis.

Durante la primera parte del capítulo se hace referencia al análisis cuantitativo de los datos obtenidos a partir de la aplicación de las encuestas, sobre la base de las tablas que aparecen en el anexo 6, dividiéndose estos según la población de referencia. Luego se hace una valoración cualitativa de los resultados de los debates sostenidos, con vistas a contextualizar la propuesta final.

3.2. Análisis de las encuestas aplicadas a los psiquiatras, pacientes y familiares seleccionados:

En la tabla No. 1 podemos observar el predominio de psiquiatras del sexo femenino, en el rango de edades entre los 45 y los 54, seguidas del grupo entre 55 y 64, lo que nos permite afirmar que se corresponden con el perfil nacional, ya que la Psiquiatría es una especialidad envejecida en cuyo ejercicio predominan las mujeres.

En la tabla No. 2, en correspondencia con las edades de los especialistas, predominan los que tienen 15 y más años de experiencia, a pesar de lo cual la categoría profesional predominante es la de especialista de 1er grado. También de acuerdo al perfil nacional, donde existen menos especialistas de 2do grado, predominando entre ellos los que tienen más de 30 años de ejercicio.

En la tabla No. 3 aparece la caracterización científico- docente de los psiquiatras encuestados, debiendo señalar que, a pesar de que sólo tomamos cuatro provincias, quedaron incluidos más del 50 % de los Doctores en Ciencias Médicas con los que cuenta el país (que son 17). Aunque predominaron los que no tenían categoría docente ni grado científico, en correspondencia con el perfil nacional, muy cerca de estos aparecen los que han concluido alguna maestría.

En la tabla No. 4 aparece la ubicación de los psiquiatras encuestados según se encuentren laborando en el primer, segundo o tercer nivel de atención, así como su categorización investigativa, que de igual manera se corresponde con el perfil nacional, donde predominan los especialistas no vinculados a las investigaciones e insertados en la atención primaria.

En la tabla No. 5 podemos observar que, a pesar del predominio de los especialistas que conocían previamente el listado, el hecho de que casi la tercera parte no lo conociera resulta preocupante en relación al marco referencial que pudieran tener para la toma de decisiones en casos dilemáticos, pues es precisamente esa la principal aplicación de los códigos deontológicos, servir de sustento moral ante situaciones que con frecuencia no aparecen definidas desde las hipótesis normativas del Derecho. (70)

En cuanto a la divulgación, más de las tres cuartas partes de los psiquiatras encuestados consideran que es mala, y ciertamente, comenzamos por la ausencia de este tema en el diseño curricular de pre y postgrado. Se enseña semiología y semiotecnia a los alumnos y a los residentes, pero se toca poco los contenidos de significación ética y moral, tan relevantes para una especialidad cuyos síntomas emergen precisamente de la vida íntima del paciente.

La totalidad de los psiquiatras encuestados coinciden en la desactualización del listado de los derechos del enfermo mental. Más adelante, cuando abordemos los resultados de las entrevistas a profundidad a pacientes y familiares y las relatorías de los talleres, profundizaremos en los aspectos más tratados en cuanto a la necesidad de actualización. Esta coincidencia se relaciona con el criterio de totalmente no se cumpla. Más de la mitad de estos profesionales considera que se cumple de manera parcial, aunque el 46.87 % considera que no se cumple, mereciendo comentario el hecho de que la mayor parte de estos últimos se desempeñan en la atención primaria en salud mental

En la tabla No. 7 aparece uno de los aspectos más controversiales tratados en la literatura, el derecho de autonomía del paciente con trastornos mentales y/o del comportamiento, ¿Cuándo se le toma al enfermo el consentimiento informado y cuando no? Llama la atención que, a pesar de no predominar, hay un 6.88 % de psiquiatras que considera que no procede hablar de autonomía en el paciente con este tipo de trastornos. Lo que equivale, según veremos más adelante, al abordar los resultados de los debates en los talleres, a considerar que por el hecho de presentar este tipo de alteraciones, ha perdido el derecho a decidir cualquier cosa. Sin embargo, como se aprecia en la tabla, a la vez señalan que sí se toma el consentimiento en pacientes neuróticos y psicópatas, de manera que es más planteable que se trate de confusiones conceptuales.

El requisito de competencia o capacidad es uno de los elementos clave de un proceso de consentimiento informado, por lo que queda claro que la competencia y la capacidad de una persona que sufre de un trastorno mental puede estar disminuida o alterada en alguna medida; pero la creencia previa en la incompetencia global de los enfermos mentales ha sido reemplazada por un entendimiento más detallado de su competencia, como una gradación en la toma de decisiones. (71, 72)

Al otro extremo encontramos a los psiquiatras que consideran que el consentimiento informado debe tomarse siempre, independientemente de que el paciente tenga o no la capacidad de decidir y consentir. Entre estos profesionales predominaron los que se desempeñan en la atención primaria en salud mental, y aunque este resultado pudiera ser visto como un reconocimiento a ultranza de la autonomía, como veremos al profundizar en los temas debatidos durante los talleres y entrevistas a profundidad, en realidad se sustenta en el desconocimiento acerca de la correlación entre los niveles de funcionamiento psicológico y las afectaciones a la capacidad de darse cuenta de las circunstancias potencialmente peligrosas para sí mismos o para otros y para definir lo que es mejor para sí mismos y/o para los que le rodean. (73)

En la tabla No.8 apreciamos que predomina el criterio de competencia de padres o hijos para otorgar el consentimiento sustituto en aquellos casos en los cuales se encuentre afectada la capacidad de decidir y consentir. Este es uno de los ejemplos de la diferencia entre el Derecho y la Bioética, pues el primero establece que, si el enfermo se encuentra legalmente casado, es su cónyuge a quien corresponde la decisión. (73) Pero en la práctica, muchos pacientes no se encuentran casados, siendo más frecuentes las uniones consensuales, donde incluso la pareja comparte alteraciones psicopatológicas, y, como veremos más adelante, son los padres y/o los hijos los que asumen como veladores de sus derechos, ante lo cual, se aconseja que se concilien los criterios familiares ante determinadas propuestas terapéuticas, especialmente en relación con la utilización del tratamiento electroconvulsivante, herramienta terapéutica efectiva y ampliamente utilizada en varios países como tratamiento de múltiples patologías mentales pero comúnmente asociada a torturas y a riesgo de muerte. (74)

En la tabla No. 9 se recogen los criterios emitidos por los psiquiatras acerca de las condicionantes que deben sustentar un ingreso compulsorio, aspecto en torno al cual se han generado importantes controversias, tanto en el ámbito académico, como en la práctica; como veremos al profundizar en la relatoría de los debates. Resulta de la mayor importancia que prevalezca como primer sustento el riesgo heteroagresivo ya que, a pesar de que no aparece en el diseño curricular de pregrado y sólo en los últimos años se ha incorporado como conferencia centralizada para los residentes de Psiquiatría el tema violencia, todos los que se desempeñan en el ámbito de la Salud Mental, reconocen que una buena parte de los trastornos mentales y del comportamiento pueden transitar por episodios de violencia que puede llegar a ser extrema y peligrosa. Ante lo cual, la Ley de Salud, protege al profesional que actúa sin el consentimiento informado, ya que se encuentra en riesgo la vida de terceros, y con este mismo sustento, ante el riesgo suicida, puede argumentar el riesgo de la propia

vida del enfermo, para tomar acciones terapéuticas, eximiéndose del consentimiento o a través de un consentimiento sustituto. (73, 75)

Más de la mitad de los psiquiatras proponen que se tome en cuenta la valoración de dos psiquiatras durante la decisión del ingreso compulsorio, criterio que coincide con la literatura revisada, (63, 76) lo que tiene como sustento la disminución de la vulnerabilidad del paciente presuntamente peligroso.

En la tabla No. 10 aparecen los criterios de los psiquiatras encuestados acerca del respeto a la persona humana que es el paciente con trastornos mentales y del comportamiento. Predominaron los que consideran que no siempre se respetan, seguidos de los que consideran que casi nunca se respetan, y con respecto a la confidencialidad, aunque más de la mitad afirma que debe ser respetada siempre, un 45.63 % plantea que a veces no se respeta. Si tenemos en cuenta que se trata de uno de los principios fundamentales a tener en cuenta en el ejercicio de la profesión médica, admitir que a veces no se respeta, pasa en alto grado por la implicación personal, y como veremos más adelante, son muchos los factores que confluyen en que este principio se viole tan frecuentemente. (77)

En la tabla No. 11 aparecen los criterios de los psiquiatras encuestados acerca del respeto a los derechos laborales de los pacientes con trastornos mentales y/o del comportamiento. Más de la mitad consideran que casi nunca se respetan, aspecto en el que profundizaremos más adelante; pues, aunque los diferentes códigos deontológicos reconocen el trabajo como un derecho al cual se debe acceder sin discriminación de ningún tipo, no siempre se garantizan las condiciones que permitan que los pacientes con patologías psiquiátricas se desempeñen laboralmente sin temor a ser discriminados o subvalorados en su desempeño profesional. (78)

En la tabla No. 12 aparecen los criterios de los psiquiatras encuestados acerca de los derechos que deben garantizarse al ingreso de un paciente en un servicio de

Psiquiatría. Entre los más señalados se encuentran: el derecho a realizarse todos los estudios necesarios para arribar a un diagnóstico certero, el recibir un tratamiento ajustado a su dolencia, alimentación adecuada y suficiente, condiciones de higiene personal y de las instalaciones, privacidad, seguridad de las instalaciones y de sus pertenencias, información comprensible acerca de su enfermedad, los estudios a realizar, la terapéutica y las opciones de seguimiento. En menor grado se señalaron el contar con asesoría legal, mantener comunicación con su familia y amigos, profesar su religión de pertenencia y establecer quejas contra el personal a cargo de su atención.

Más adelante profundizaremos en algunas limitaciones planteadas en los debates que inciden en el no cumplimiento de algunos de estos derechos, así como peculiaridades de algunos servicios especializados donde, por su objetivo social, quedan restringidos ciertos derechos que de manera general se cumplen.

La muestra de pacientes encuestados incluyó tanto enfermos hospitalizados en servicios de agudos como de larga estadía, y también pacientes ambulatorios que asisten a las áreas de salud. Como podemos observar en la tabla No. 13, predominó el sexo masculino, el rango de edades entre 45 y 54 años, seguidos por los de 55 a 64 y de 65 y más. Aclaramos que, aunque no se trata de una muestra representativa, de manera intencional se tomaron casos de todos los niveles de atención, incluidos dos hospitales especializados de tercer nivel, cuatro servicios de agudos, dos departamentos comunitarios de salud mental y tres áreas de salud.

En la tabla No. 14 se recoge la distribución de los pacientes encuestados según su ocupación y su percepción de discriminación social. La mayoría no tenía vínculo laboral. El 83.4 % de ellos se han percibido discriminados de alguna manera por la sociedad. Más adelante profundizaremos en estas vivencias, pero el evidente predominio de estas debe llamarnos a reflexión, pues si bien nuestro proyecto social

no excluye a ningún ser humano, aún existen en la población e incluso en algunas entidades criterios excluyentes que laceran la dignidad de estos enfermos.

En relación con la discriminación social, León Correa FJ. (79) fundamenta la necesidad de ampliar el campo de visión de la Bioética en Latinoamérica, desde la ética clínica a una bioética social, que aborde los dilemas éticos institucionales, de la salud pública, políticas y reformas de los sistemas de salud, así como la legislación. Su propuesta para la bioética social comprende los principios de no abandono social, prevención en salud, responsabilidad política, promoción de los derechos, seguimiento de las inequidades, control social de la salud, participación comunitaria, educación, garantías que aseguren la confidencialidad.

En la tabla No. 15 aparecen las percepciones acerca de la discriminación laboral por padecer algún trastorno mental o del comportamiento que han tenido los pacientes encuestados. La mayoría (85.8 %) han sufrido alguna forma de discriminación laboral asociada a su enfermedad de manera sostenida, mientras un 14.2 % manifiesta que a veces han sido discriminado, pero ninguno negó la existencia de tal modalidad de discriminación ejercida por las personas que se desempeñan como decisores en las direcciones municipales de trabajo y en las direcciones de los centros de trabajo, mismas que no tienen información sobre las limitaciones que competen a los individuos con patologías mentales, no son capaces de individualizar el tratamiento laboral, dejando de lado entonces una importante fuerza creativo-productiva que pudiera ser utilizada si tan sólo se tuviera en cuenta que las opciones laborales y las condiciones de trabajo deben ser personalizadas y no estandarizadas. (69, 80)

Al respecto, concordamos con Novoa F. (81) cuando plantea que el trabajo actualmente se hace cada día más técnico y sujeto a rutinas y exigencias económicas que tienden a deshumanizarlo y a hacer perder de vista su dimensión personal. Es este uno de los desafíos para los profesionales que ejercemos en el ámbito de las

llamadas ciencias del comportamiento o neurociencias, hacer valer la importancia de la persona humana por encima de la tecnologización postmoderna. (82)

En la tabla No. 16 se presentan individualizados los diagnósticos y tiempo de evolución de los trastornos mentales y del comportamiento de los pacientes encuestados. Se constató el predominio de las enfermedades procesales, las que, como sabemos van acompañadas de un mayor estigma social y que históricamente han sido relacionadas con pérdida de la capacidad de juicio. Aunque en realidad, en el periodo interbrote, el enfermo puede decidir y consentir, e incluso durante el brote es capaz en ocasiones de mantener una crítica parcial, que nace de la educación recibida en relación a las características de su enfermedad, de manera que incluso solicitan determinadas terapéuticas biológicas con vistas a acortar el brote y disminuir sus consecuencias familiares o sociales, especialmente las relacionadas con el paso a actos violentos generados por vivencias alucinatorias y/o delirantes. (84) Al respecto merece comentario que la Asociación Americana de Psiquiatría contempla la aplicación de terapia electroconvulsiva por solicitud del propio paciente. (85)

En la tabla No. 17 podemos apreciar que sólo el 6 % de los pacientes encuestados conocía el listado de derechos del enfermo mental en Cuba y, aun así, la mayor parte de ellos considera que la divulgación es regular o mala. Al respecto consideramos que existe determinado grado de responsabilidad institucional, ya que este documento debía encontrarse en el mural de todos los servicios ambulatorios y de internamiento dentro del subsistema de salud mental, pues sólo si los pacientes conocen los derechos que le asisten pueden reclamar su cumplimiento.

En la tabla No. 18 encontramos los criterios de los pacientes encuestados acerca del cumplimiento del listado de derechos del enfermo mental en Cuba. Predominan aquellos que consideran que se cumple parcialmente (67.2 %), ya sea porque no existen las condiciones para su cumplimiento o porque existen derechos que debían

encontrarse en el listado y no es así. Este tópico será profundizado al comentar las entrevistas a profundidad y los debates participativos con psiquiatras, pacientes y familiares.

Llama la atención que la tercera parte de los pacientes encuestados consideró que el listado no se cumple en absoluto. Mayoritariamente se trataba de enfermos crónicos internados en instituciones en las cuales realmente se incumplía derechos tan elementales como la higiene o la calidad de la alimentación.

En la tabla No. 19 constatamos como el 90.8 % de los pacientes encuestados siente que no se respeta su privacidad, aclarando que este irrespeto no es sólo en el ámbito institucional, sino también en el seno de su familia. Las dos terceras partes de éstos consideran que su autonomía debe ser respetada siempre, aspecto en el cual también coinciden los que respondieron que se respetaba su privacidad.

Merece comentario que el 23.4 % que respondió que el derecho de autonomía debía tenerse en cuenta sólo en los pacientes con capacidad mental para tomar decisiones en cuanto a su tratamiento y a su vida en general, se correspondía con diagnósticos de depresión y alcoholismo; en ningún caso se trataba de enfermedades de nivel psicótico.

En la tabla No. 20 observamos que más de la mitad de los pacientes encuestados considera que la confidencialidad debe respetarse siempre, mientras más de la cuarta parte manifiesta que nunca se respeta y una quinta parte plantea que sólo a veces se respeta. Si volvemos a la tabla No. 10, donde un 45.63 % de los psiquiatras admite que a veces no se respeta este principio, coincidiremos en lo atinado de la percepción de estos pacientes.

No resulta ocioso recordar las causales que justifican violar la confidencialidad: la identificación de riesgo suicida, pues el deber de proteger la vida del paciente justifica el romper este principio anteponiendo la beneficencia a una autonomía que se encuentra afectada con mayor frecuencia por trastornos del estado de ánimo, la identificación de riesgo de daño a terceros, especialmente en casos en los cuales se detecta ideación homicida o comportamientos abusivos contra menores, legitiman no sólo obviar la confidencialidad, sino además alertar a la víctima potencial o a las autoridades pertinentes. Al decir de Rojas O. (86), en ambos casos las competencias mentales se encuentran comprometidas con la perturbación de la capacidad reflexiva y la alteración del juicio de realidad socavando el pleno ejercicio de la autonomía, por lo que no se trata solo de una obligación legal, ante todo se trata de obligaciones morales y profesionales por las que debemos regirnos.

Otra de las situaciones en la que se antepone la beneficencia a la autonomía y se justifica pasar por encima de la confidencialidad es el consumo de sustancias como la cocaína, en comorbilidad con patologías cardiovasculares o cerebrovasculares en pacientes jóvenes, pues no poner en conocimiento de los médicos tratantes este antecedente puede entorpecer la evolución e incluso poner en riesgo la vida del enfermo; por lo que también se incluye en la cláusula del código deontológico que ampara el no cumplimiento de alguno de los derechos que en el mismo aparecen, puntualmente el referente al consentimiento informado para los casos en los cuales se identifica riesgo auto o heteroagresivo y la confidencialidad en cualquier caso en el que se encuentre en peligro la vida del paciente o la de terceros. (77)

En la tabla No. 21 podemos apreciar como la totalidad de los pacientes encuestados afirma que debe respetarse su derecho a solicitar segundas opiniones en relación con el diagnóstico de su enfermedad, su evolución y opciones terapéuticas. Esto resulta interesante pues en la literatura se reporta que el derecho a la información se respeta menos en el caso del paciente, psicótico, más equiparable a un menor, que en el caso

del depresivo. (87) En nuestro estudio encontramos igualdad en el reclamo acerca del derecho a ampliar la información aun fuera del equipo de profesionales a cargo de su atención al momento de la investigación; lo cual resulta alentador en cuanto a un cambio de mentalidad en los enfermos, que ya no asumen una posición pasiva con relación a sus terapeutas e incluso puede decidir cambiarse a otro equipo o institución, de acuerdo con su percepción acerca de la calidad de la atención recibida.

En la tabla No. 22 observamos el predominio femenino entre los familiares encuestados, resultado que se encuentra en concordancia con los roles tradicionales de la mujer en las culturas sexistas. Es a ella a quien corresponde el papel de cuidadora; pero llama la atención el predominio de las adultas mayores. Los estudios de género describen como una tendencia postmoderna la sobrecarga de las féminas luego de la jubilación. (88) De manera que, sea cual sea el parentesco con el paciente, se las ingenian para cumplir con todas las tareas domésticas y además cuidar al enfermo mental, incluso durante su hospitalización, sobreponiéndose a infinidad de dolencias, como las insuficiencias venosas y arteriales, las artrosis, las cardiopatías, y un largo etc.

En la tabla No. 23 observamos el predominio de las madres y los padres como familiares más cercanos al enfermo, y esto explica el por qué los psiquiatras consideran que son estos y los hijos (que como vemos ocupan el tercer puesto) los que tienen más derecho a ofrecer el consentimiento informado sustituto, por lo que los cónyuges ocupan un quinto lugar, después de los hermanos. Estas peculiaridades deben ser tomadas en cuenta ante situaciones dilemáticas que requieran mediar para poner de acuerdo a la familia de origen con la esposa o esposo.

En la muestra de este estudio, la totalidad de los familiares consideró que los enfermos deben tener derecho a solicitar segundas opiniones acerca de su trastorno, y añaden que la familia también debe poder contar con esa posibilidad. Al respecto,

como veremos más adelante en la relatoría de los debates con los psiquiatras, existen opiniones contrapuestas en relación con los límites de la información que se maneja con los familiares y en qué casos resulta prudente emitir segundas opiniones por parte de médicos no tratantes.

En la tabla No. 24 observamos que la mayoría de los familiares encuestados desconocía la existencia del listado, por lo que, obviamente consideran que su divulgación es mala. Incluso dentro de los que conocían el documento, predominó el criterio de que la divulgación es regular y algunos manifestaron que era mala. Ciertamente, en la mayor parte de las instituciones en las cuales se entrevistaron tanto a los pacientes como a sus familiares, no se encontraba expuesto en los murales, ni como parte de la documentación protocolizada.

Como podemos apreciar en la tabla No. 25, ningún familiar consideró que el listado se cumpliera en su totalidad. Predominó el criterio de que se cumple parcialmente, aunque una tercera parte plantea que no se cumple en absoluto. Merece comentario que en este último grupo predominan los familiares de pacientes con trastornos mentales crónicos, con experiencias de maltrato institucional, las que fueron verbalizadas durante las entrevistas a profundidad y especialmente durante los debates.

En la tabla No. 26 se recogen los criterios de los familiares acerca del derecho de autonomía de los enfermos mentales. Imperó el criterio de que este principio debe ser considerado sólo en aquellos pacientes que posean la capacidad para decidir lo que es mejor para ellos y para otros. Llama la atención la admisión de manera mayoritaria del irrespeto a la privacidad, tanto en las instituciones como en el contexto familiar y comunitario, aspecto a profundizar al tratar las entrevistas a profundidad y los debates en los cuales participaron tanto los familiares como los pacientes.

En la tabla No. 27 encontramos que la mayoría de los familiares de los pacientes considera que la confidencialidad debe respetarse siempre, pero cerca de la cuarta parte considera que nunca se respeta. Esto resulta preocupante, mucho más cuando, según veremos más adelante, las violaciones a este principio llegan a plasmarse en documentos oficiales, como los resúmenes de historias clínicas, los cuales se confeccionan sin verificar el propósito del solicitante.

3.3.1. Análisis de las relatorías de los debates con los psiquiatras.

Resulta pertinente señalar que estos debates se realizaron en dos tiempos, los primeros en el marco de los talleres acerca de los aspectos éticos y legales de la práctica de la Psiquiatría, desarrollados tanto en servicios de agudos como en departamentos de salud mental y hospitales psiquiátricos. En un segundo tiempo, ya con los resultados de las encuestas a pacientes y familiares, se replicaron en las instituciones participantes.

A continuación, analizamos los planteamientos más frecuentes:

- El listado actual sólo se refiere al consentimiento informado en lo tocante a investigaciones científicas, pero el enfermo mental tiene derecho a recibir información y a rechazar cualquier proceder diagnóstico y/o terapéutico. Se planteaba que los pacientes tienen derecho a ser tratados como seres autónomos, con capacidad para decidir, y que pretender que sabemos todo el tiempo lo que es mejor para ellos sería ejercer una tiranía médica y lo que es peor, despojarlos de su dignidad.

Ciertamente, el consentimiento informado puede considerarse como un aporte de la Bioética a la práctica asistencial ya que hace referencia a la autonomía del paciente y su capacidad para decidir versus el tradicional paternalismo médico que heredamos desde Hipócrates. (89) Sin embargo, no es una acción aislada destinada a lograr que el paciente firme un documento autorizando al equipo de salud a realizar un

tratamiento o investigación; más bien, constituye un proceso donde deben ser explicadas todas las acciones para la salud en cualquiera de los tres niveles de atención, cada examen complementario o fase del tratamiento.

Al respecto, coincidimos con Bacallao San Julián F. (90) al afirmar que en la práctica se recurre al consentimiento informado, no tanto por respeto a la autonomía de los pacientes, sino como escudo contra quejas de familiares en los casos en que se puede prever un evento desfavorable en la evolución de un enfermo.

La tendencia más contemporánea a nivel mundial es a llegar a decisiones compartidas en salud mental, preferentemente en depresión y esquizofrenia, y algo menos en adicciones. La evidencia disponible a partir de los estudios llevados a cabo en los últimos años muestra que esta práctica mejora la calidad de las decisiones y parece efectiva en el proceso decisorio en torno al otorgamiento del consentimiento informado (aumenta el conocimiento y la participación en el proceso, favorece una mayor congruencia con los valores y preferencias del paciente), aumentando, generalmente, su satisfacción. (91)

Uno de los elementos claves de los procesos de decisión compartida es la determinación de la capacidad del paciente para tomar la decisión clínica en cuestión. Se trata de un juicio clínico que posee un papel relevante en el difícil equilibrio entre autonomía y beneficencia/no maleficencia en la atención sanitaria, por lo que se constituye en uno de los desafíos de la práctica clínica, que puede suponer un dilema ético para el psiquiatra tratante. (92)

- No existen límites establecidos para la cantidad de información que sobre el paciente se les ofrece a los familiares.

Debemos resaltar que esta es una de las decisiones más complejas que en la cotidianidad deben asumir los psiquiatras tratantes, pues como plantea Grillo A, (93) el médico psiquiatra enfrenta los dilemas éticos en la práctica clínica desde su horizonte

de comprensión, delineado por su experiencia de vida, su saber profesional y su visión del mundo.

Este presupuesto explicaría que el tratante deposite en determinado familiar toda la información que le gustaría que su propia familia poseyera en caso de encontrarse enfermo, partiendo de su concepto de familia y de la preeminencia que desde nuestra cultura se le concede a la madre o al padre, pero lamentablemente los índices de disfunción familiar en las personas que padecen trastornos mentales y/o del comportamiento son elevados (94) y con frecuencia muchos aspectos de la enfermedad son manejados en contra del enfermo ante situaciones de conflicto e incluso en posteriores procesos legales, de manera que debemos ser muy cautos y prudentes al respecto y siempre que la capacidad del paciente lo permita debemos consultarle que parte de la información vamos a manejar con sus parientes, tomando en cuenta que es el paciente el eje del plan terapéutico, de modo que sus deseos, valores, preferencias, etc., guíen las decisiones.

Hemos de concebir a cada paciente como único, con una biografía específica, con unas expectativas peculiares y con una manera singular de entender su vida, de modo que las líneas terapéuticas deberían adecuarse a ello. (95) Esta propuesta, al decir de Ramos Pozón S. (96) se concibe como un “modelo centrado en y para el paciente”, aunque probablemente sería más acertado enfocarnos más en la “persona” y no tanto en el “paciente”. Esto es lo que reivindica el concepto de “*person centered-care*”, cuya finalidad es enfatizar las necesidades de la persona, más bien que las cuestiones médicas o clínicas. Por lo que, develar determinadas informaciones de su intimidad a cualquier miembro de la familia puede tener connotaciones diferentes en dependencia de su individualidad. Por eso se impone abogar por modelos holísticos, integrales, bio-psico-sociales, para poder entender mejor los procesos asistenciales.

En el marco del derecho de la familia a ser informada, también se analizan temas que caen en la interdisciplina entre la Bioética y el Derecho, específicamente lo relacionado con información acerca de características de personalidad o preferencias sexuales de uno de los miembros de una pareja con hijos en común que pudieran ser utilizadas en litigios civiles como el divorcio para cuestionar aspectos referentes a la guarda y custodia, así como el régimen de comunicación con hijos menores. Al respecto, el Derecho Médico establece que, como parte del contrato terapéutico, el tratante debe solicitar autorización a su paciente para cualquier información que vaya a ponerse en conocimiento de un tercero, sea quien fuere. Si ya se ha entablado el proceso civil, el abogado de la contraparte debe solicitar a la institución en la cual recibe atención el paciente el resumen de la historia clínica, aclarando la finalidad de su solicitud; de manera que no se incluyan datos que no sean estrictamente necesarios para los fines legales establecidos. (76)

- La atención ambulatoria de los pacientes y su seguimiento por el área de salud, se ha visto seriamente diezmada por las reestructuraciones realizadas en policlínicos y consultorios médicos.

Al respecto debemos recordar que la relación médico-paciente es un proceso eminentemente cultural y antropológico, en el cual se implican enfermo y profesional desde sus creencias, convicciones, conocimientos e historia personal. En el campo de la enfermedad mental esta relación se da de una manera muy especial ya que es la entrevista la principal herramienta diagnóstica, terapéutica y de seguimiento, si el personal que más cerca está del enfermo, que es precisamente el equipo de salud de su área, no cuenta con la preparación adecuada, puede resultar iatrogénica la interacción entre ambos. (69)

Cada vez con mayor frecuencia se observa la tendencia a buscar atención en los servicios de urgencia de los hospitales clínico- quirúrgicos para solventar situaciones tales como actualizaciones de tratamientos psicofarmacológicos, solicitud de criterios

ante evoluciones insatisfactorias, que pertenecen a la atención primaria. Con esto se pone en evidencia una especie de retroceso en la reorientación de la psiquiatría hacia ese nivel de atención, fenómeno que no es exclusivo de nuestro país. De hecho, Stagnaro JC. (97) plantea que existe una particular inercia del sistema de atención y que inclusive, en algunos países en los que la situación había evolucionado hacia sistemas más adecuados (como es el caso de Cuba), se observa hoy una involución. Por lo que resulta necesario analizar más de cerca los conceptos que, cargados de un fardo ideológico frecuentemente no explicitado, tienden a demonizar al hospital psiquiátrico, clamando por su desaparición lisa y llana, sin proponer una estructura de reemplazo.

Al respecto debemos comentar que en las últimas décadas hemos asistido, sobre todo en La Habana, al egreso de un gran número de pacientes portadores de enfermedades mentales de curso crónico que se encontraban en instituciones de larga estadía, con el objetivo de reinsertarlos en la comunidad.

Lamentablemente, ni estas ni las familias cuentan muchas veces con la infraestructura, los recursos, los conocimientos y preparación para recibirlos adecuadamente. Esto ha traído aparejado un fenómeno que algunos han llamado “síndrome de la puerta giratoria”; pues, al abandonar el tratamiento indicado al alta reaparecen los síntomas positivos, los que se asocian a la reaparición de riesgo auto y/o heteroagresivo. Como consecuencia, el reingreso tiene carácter compulsorio y entonces tanto la familia como la comunidad ven a la persona enferma con una potencial peligrosidad. (98) Consideramos que la pérdida de los equipos de salud mental en los policlínicos y/o su pobre preparación para cumplir con la rehabilitación psicosocial, son elementos importantes a tener en cuenta a la hora de analizar este fenómeno.

En los talleres se planteó la frecuencia con la cual se etiquetan los pacientes con diagnósticos psiquiátricos estigmatizantes sin haberlos estudiado, e incluso se remiten con la finalidad de que sean ingresados en servicios especializados sólo con la afirmación de algún familiar acerca de un presunto diagnóstico realizado por lo general, mucho tiempo antes en algún centro asistencial.

- No existe adecuada definición acerca de los criterios de traslado y/o ingreso compulsorio. La mayoría de los psiquiatras participantes en los talleres consideran que ***El listado*** debe recoger el derecho a no ser trasladado en contra de su voluntad sin una justificación adecuada. Resulta contraproducente que cualquier persona llame una ambulancia para “sacar al loco” y que para colmo lo saquen de su propia casa con la PNR y lo lleven a un hospital sin antes determinar si presenta o no una urgencia psiquiátrica. Se señalaba al respecto que todas las llamadas al SIUM pasan por el policlínico de urgencias antes de ir al hospital, y que los pacientes psiquiátricos tienen derecho a un criterio médico de remisión, no sólo lo que diga la familia, así como que el personal que trabaja en las ambulancias no está capacitado para decidirlo, por lo que debe determinarlo el médico del área, pero no la familia, y mucho menos los vecinos. Se afirmaba que el mecanismo actual contribuye a que el enfermo se vea coaccionado por los familiares ya que permite se le chantajee con el traslado al hospital.

Desafortunadamente, hemos podido constatar en la práctica lo antes planteado. En innumerables ocasiones se trata de situaciones de incomunicación perfectamente manejables a nivel familiar o comunitario y que no requieren la intervención de personal especializado ya que no constituyen una descompensación o agravamiento de la patología psiquiátrica de base. No pretendemos plantear que la convivencia con el enfermo es fácil, pero el traslado hospitalario no puede constituirse en un método coercitivo.

Coincidimos con Hernández F. (citado por Ribot V) (69) en que se hace obligatoria la revisión de todas las situaciones relacionadas con la urgencia psiquiátrica tales como el ingreso, traslado y tratamiento involuntarios, así como la utilización del consentimiento informado en estas y otras situaciones.

Una idea que prevalece en toda la literatura revisada para este trabajo es que el respeto a las personas lleva implícitas dos importantes convicciones éticas: el individuo debe ser tratado como agente moral autónomo y las personas con disminución de su autonomía deben estar completamente protegidas. (1, 8, 18, 99)

La AMP, en su Asamblea General en Atenas, el 17 de octubre de 1989, plantea en "Proposición y Puntos de Vista de sobre los Derechos y la Protección Legal de los Enfermos Mentales", que: *Las personas que sufren de una enfermedad mental deben gozar de los mismos derechos humanos y libertades básicas que los otros ciudadanos.... Los enfermos mentales tienen el derecho de recibir un trato profesional, humano y digno.* (100)

Por su parte, el Proyecto de Ley de Salud Mental cubano plantea en su artículo 2:

b) El reconocimiento y garantía de protección absoluta del enfermo con trastornos mentales dada su limitada capacidad para a defensa de sus derechos ante cualquier tipo de abuso, explotación o trato denigrante de distintas procedencias, que puede incluir su propia familia. (101)

Si la familia o la comunidad carecen de herramientas para manejar la convivencia con el paciente psiquiátrico, es preciso brindarles apoyo y educación, pero sería éticamente incorrecto facilitarles mecanismos que puedan constituirse en segadores de la libertad y los derechos civiles de los enfermos mentales. Una iniciativa que en su momento resultó de gran ayuda al respecto fue la de las escuelas para familiares de pacientes que se desarrollaron en el Centro Comunitario de Salud Mental de Regla, bajo la coordinación del Dr. Raúl Gil. (102)

Reflexionando acerca de esta temática, consideramos necesario recordar que, desde su aparición como especialidad médica, a principios del siglo XIX con la obra de Phillipe Pinel, la Psiquiatría osciló entre una función médica de alivio del sufrimiento mental y una función de custodia de la locura. Haciéndose cargo en los manicomios del mandato social que le encomendó construir el andamiaje epistemológico que justificara su misión de librar a la comunidad de la presencia molesta y “peligrosa”, de una minoría de seres humanos cuyas formas de comportamiento eran designadas como locura. Debemos agradecer en gran medida a la Bioética (con especial mención a la Bioética Personalista) y a los principios que promulga, el cambio radical en la forma de “ver” al enfermo mental. (103)

Asumir la protección de la comunidad contra la peligrosidad social asociada a la enfermedad mental ha sido objeto de debate a nivel mundial, especialmente en Europa, donde la tendencia frenocomial que fue predominante hacia finales del siglo XIX e inicios del XX. Sin embargo, se fue sustituyendo por lo que hoy se denomina en Francia “unitès pour malades difficiles”, (104) con características similares a las “HMS” (habitaciones de máxima seguridad) del Hospital Psiquiátrico de La Habana, con la diferencia de que para el internamiento en estas últimas no se exigía de ningún documento legal respaldado por una evaluación acerca del riesgo heteroagresivo que al menos potencialmente pudiera representar para terceros.

En el último lustro se suscitaron de manera especial preocupaciones por parte de funcionarios del nivel central del MINSAP, algunos psiquiatras, otros médicos no psiquiatras e incluso juristas, en cuanto a la pertinencia de mantener las “HMS”. Al respecto fue consultado nuestro asesor, el Profesor Dr. C Ricardo González Menéndez, el cual emitió el siguiente criterio de experto. Dada su relevancia, citamos textualmente (105):

“En los 39 años transcurridos desde nuestra llegada al Hospital Psiquiátrico de la Habana, recuerdo que la experiencia vivida por las funcionarias del MINSAP, se ha producido con similar angustia, en varios ministros de salud pública y del MINJUS, todos los asesores psiquiátricos del MINSAP, que incluye profesionales altamente calificados con notable experiencia internacional, y hasta por funcionarios foráneos de derechos humanos, directores de OPS/OMS, dos presidentes de la Asociación Psiquiátrica Mundial, dos expresidentes de la APAL y el líder histórico de nuestra revolución , además de muchos miembros del equipo de salud mental de todas las provincias, considero que todo ser humano con buenos sentimientos habrá sentido lo mismo, y creo que eso es magnífico.

Sin embargo, las preguntas a responder serían:

1-¿Puede un hospital psiquiátrico terminal privado o estatal, de cualquier país del mundo, dejar de utilizar las HMS?

2-¿Es posible que un hospital como el nuestro que pese a contar ahora con 2000 capacidades, llegó a tener ingresados casi 5,000 pacientes, la mayoría de ellos con cuadros psicóticos y demenciales con décadas de evolución, resistentes a los tratamientos convencionales hasta nuestros días, y en buena proporción remitidos de otras provincias y servicios de la capital por carecer de posibilidades de seguridad para atenderlos?

3-¿Es acaso fortuito que recordemos personalmente tres hijos de figuras nacionales de muy alto prestigio, que debido a dobles diagnósticos fue necesario, con el consentimiento familiar escrito, recluirlos en dichas instalaciones, cuando menos por una semana? Y otros más, aunque siempre con dicho consentimiento?

*4-¿Es posible olvidar que aunque nos duela violar los derechos humanos de pacientes con estas características, debemos reconocer, que **en cualquier sistema social, los derechos de una persona, sana o enferma, terminan donde comienzan los***

de otras (pacientes, familiares, equipo de asistencia, miembros de orden público?

5-¿Cuáles serían las alternativas a utilizar, ajenas a la que cumplimos rigurosamente ante la petición de alta de un familiar que considere que aún pueden usarse otros recursos?

a) *Lobotomía, recurso actualmente abominable que fue empero utilizado antes de 1952, en casi todo el orbe.*

b) *Fijación en cama con manguillo. Aún más estigmatizante como indicador manicomial y nada segura para las personas circundantes en el propio servicio, que en ocasiones han resultado mutiladas y hasta fallecidas por incineración en casos de pacientes muy graves que han llegado a acumular suficiente alcohol de inyección para lograr sus propósitos homicidas. Estos son los tipos de pacientes, jamás asistidos por miembros del equipo de otras instituciones que atienden pacientes agudos en los cuales recurrimos al internamiento en HMS .*

c) *Crear habitaciones de máxima seguridad, similares a las que vi en Holanda en un hospital modelo de sólo 150 camas, que contaba con dos instalaciones acolchadas, con cama empotrada al suelo, colchón especial. y aire acondicionado. Modalidad de HMS en que la puerta de acero revestida exteriormente por formica tenía triple cierre de seguridad accionado por tarjeta electrónica codificada diariamente por el personal de enfermería rotatorio consistente en una enfermera psiquiátrica y una enfermera auxiliar en cada turno de ocho horas con la única misión de observar a través de cristales irrompibles la situación de sendos pacientes aislados y mostrar como expresión de su alta preocupación por los derechos humanos un botón en cada HMS cuya traducción era, “si usted no está de acuerdo con esta medida de seguridad, oprima el botón para proteger sus derechos humanos”.*

Ante mi pregunta de si en ese caso le abrían la puerta, la respuesta fue interesante, no, antes de 24 horas viene un miembro de la comisión de ética médica del hospital y se comunica telefónicamente con la persona aislada y le comunica que su reclamación llegó a la comisión y que se tendrá en cuenta para terminar el aislamiento cuando sea pertinente.

La alternativa de la orden judicial no es en mi criterio aplicable en situaciones de urgencia, toda vez que hace unos 20 años presentamos con la anuencia del MINSAP la petición de ingreso compulsorio para pacientes adictos que negaban su enfermedad y tiranizaban a su familia incluso con abusos físicos y sexuales, y aún no ha podido establecerse el mecanismo.

Todos los que hemos sentido lo mismo que las funcionarias visitantes, ante la crudeza de una reja seguramente preferiríamos tener HMS como las holandesas, ¿pero es ello factible en nuestras condiciones económicas?

Sobre la recomendación de fijación permanente en cama con los cuatro miembros atados con bandas de tela, ¿cuántos días sobrevivirían?

Las funcionarias visitantes fueron informadas de los fármacos de última generación que habían sido utilizados y la intensidad del tratamiento electroconvulsivante y desde luego ni hablaron siquiera de la camisa de fuerza, por ser aún más estigmatizante como recurso histórico manicomial que tanto ellas como nosotros rechazamos enfáticamente y que afortunadamente nunca se ha usado en nuestro centro a partir de 1959 y a dicho justo común rechazo, estaría el hecho de que en el caso de los enfermos que requieren HMS dicho recurso requeriría el uso simultáneo de un protector de mordidas (un terrible bozal)

*Existe un paradigma ético poco utilizado y que se acerca conceptualmente al de costo beneficio o al de riesgo beneficio. El nombre específico es **idoneidad-factibilidad** y en*

la práctica he visto que cuando uno es joven, todavía deben pasar algunos años para reconocerlo y aplicarlo en situaciones como la que nos ocupa.

Estas son las razones por las que recomiendo a los niveles superiores, mantener el servicio Córdoba como servicio de máxima seguridad y mejorar hasta donde sea posible para nuestra economía nacional, las condiciones de las HMS, y pienso ahora en lo que afrontaremos con el incremento inevitable de los dobles y triples diagnósticos, en los que los riesgos letales para los propios pacientes y su entorno familiar o asistencial son enormes”.

Estas reflexiones por parte de un experto reconocido por su vocación humanista, nos recuerdan que, ante el dilema ético de decidir en justicia una conducta de protección, debemos decidir por la protección de la mayoría, donde también estaría incluido el enfermo, ya que en la mayoría de los casos se trata de un riesgo auto y heterogresivo, es decir, tanto puede dañar a otros como a sí mismo.

Este aspecto relacionado con el ingreso compulsorio fue extensamente debatido por los psiquiatras, especialmente en lo tocante a las llamadas medidas de aseguramiento predelictivo, impuestas por un tribunal sobre la base de un dictamen de peligrosidad que en ocasiones no utiliza escalas internacionalmente aceptadas, Esto pudiera derivar en etiquetamientos, ya que se toman decisiones tan dramáticas sobre la base de la subjetividad de los peritos.

Al respecto, Sanz Morán AJ. (106) afirma que la doctrina manifiesta sus dudas acerca de los preceptos sobre la base de los cuales se efectúa el aseguramiento por disposición del fuero penal, así como los que rigen el internamiento por vía civil en instituciones de salud ante situaciones de riesgo para terceros; en la medida en que el articulado en materia de salud y en materia penal difieren (el segundo por razones de peligrosidad, el primero por razones exclusivamente terapéuticas o asistenciales). Esto suscita la duda de en qué medida nos encontramos ante un “fraude de etiquetas” ante

el carácter indeterminado en el tiempo del internamiento civil y la aparente intercambiabilidad de ambos tipos de medidas.

Resulta pertinente recordar que en Cuba en la década del 90' se inició un ambicioso proyecto que tuvo como objetivo la reinserción de enfermos mentales que llevaban años reclusos en instituciones como el Hospital Psiquiátrico de la Habana en sus comunidades, con la finalidad de llevar a cabo la rehabilitación social de los mismos, incluidos algunos que se encontraban en condición de aseguramiento y que se le había propuesto al tribunal que había dictaminado su internamiento el cese de la medida de seguridad.

Como parte de la implementación de este sistema, se creó una Maestría en Psiquiatría Social, la cual fue cursada por los profesionales que luego debían trabajar con los pacientes en atención primaria, aunque esta expectativa no siempre se cumplió y muchos de ellos hasta hoy trabajan en el segundo y hasta en el tercer nivel de atención.

Pero lo más importante en el criterio de los psiquiatras participantes en el debate y también en el nuestro, es que los miembros de la comunidad no fueron preparados para asumir este cuidado, ni siquiera los miembros de las familias en las cuales se debían reinsertar, trayendo por consecuencia rechazo hacia los enfermos, temores y como comentábamos anteriormente, el inicio del síndrome de "la puerta giratoria". Eran egresados y reingresaban de manera cíclica bien porque abandonaban el tratamiento, bien porque se generaban situaciones de conflicto al interior de los espacios domésticos, ante las cuales los familiares recurrían a lo que en algún momento se llamó "ingreso de respiro". Algo así como la legitimación de librarse de su pariente enfermo, con la anuencia de algunos médicos. Al respecto, concordamos con Pérez Ayala M. (107), cuando afirma que la ética humana es una ética de la fragilidad, por lo que el objeto de la ética no es otro que proteger al débil y que la Bioética, por su

parte, antes que una disciplina, es una ética de protección a los más desvalidos. Son estos desvalidos, simbolizados en personas con discapacidad psiquiátrica, los que requieren de intervenciones integrales de calidad, no sólo en el nivel clínico, sino también, muy especialmente, en el sociocomunitario.

Esas dificultades con la desinstitucionalización de pacientes crónicos, así como la necesidad de implementación de más programas preventivos que vinculen los programas de salud mental con otros programas sociales y culturales destinados a la integración social y el trabajo con poblaciones particularmente vulnerables, con prioridad en el fortalecimiento de la atención dentro de la familia, de manera de que puedan asegurar una buena calidad de atención, son preocupaciones expresadas por Naciones Unidas (ONU) en cuanto a su obligación de velar por el respeto a los derechos humanos de los enfermos mentales. (108)

Estas preocupaciones coinciden con la falta de preparación de la sociedad para interactuar con los enfermos mentales, misma que se pone de manifiesto a nivel internacional. De hecho, varias investigaciones realizadas indican que las actitudes públicas hacia ellos parecen haberse vuelto más estigmatizadoras en las últimas décadas. (23, 78, 96, 109-111)

Harlem Brundtland G. (112) defiende la tesis de que la salud mental depende en gran medida de la justicia social. El desconocimiento es un factor importantísimo en el tema de la discriminación. En el imaginario social el enfermo continúa siendo “el loco”. La enfermedad mental, así como la curación y la rehabilitación sufren la influencia del comportamiento humano, a la vez que demandan adaptaciones bioculturales tanto en el enfermo como en el núcleo social que lo acoge. (113)

- Los enfermos mentales son víctimas de discriminación, misma que va desde la exclusión dentro de su propia familia, pasando por la discriminación laboral e incluso institucional en aquellos que ingresan en hospitales clínico- quirúrgicos,

donde se desestiman los más variados síntomas físicos, porque se suponen asociados a “su problema mental”.

La discriminación es una de las tantas formas que tiene la ignorancia para intentar pasar desapercibida. Nuestra sociedad, heredera de una tradición paternalista a ultranza, acostumbrada a proteger a “los locos” a través de mantenerlos lejos y encerrados, debe aprender ahora a convivir con y tratarlos como iguales.

Si bien estos tópicos deben ser incorporados al listado, la labor educativa va mucho allá de las instituciones dedicadas a la salud mental. Se hace necesario transitar por el difícil camino de la deconstrucción de los estereotipos (relacionados con creencias), expresados en las sociedades occidentales en relación con personas que padecen enfermedad mental grave. (114)

El principal estereotipo asociado con los problemas de salud mental tiene que ver con la violencia y/o la agresividad. (115) Cazzaniga Pesenti J. (8) afirma que es probable que esta asociación venga ligada a la experiencia de reclusión que “los locos” han vivido a lo largo de la historia. Cuya fundamentación se basa en la negación de la locura como una manifestación del comportamiento humano, así como en su vinculación a la inmoralidad; es decir, a lo “malo”.

Dentro de las causales de exclusión en la población general está la religión; pues, a pesar de que la libertad religiosa constituye un derecho constitucional, en la práctica se suscitan actitudes irrespetuosas hacia algunas de ellas, máxime cuando se trata de practicantes con algún trastorno mental o del comportamiento. Pero el respeto al derecho a profesarlas transita por mantener también el respeto a las diferencias hacia los que no comparten sus preceptos. Esto fue también objeto de debate en los talleres, pues la mayoría de los servicios de Psiquiatría son abiertos y los pacientes comparten la mayoría de las áreas, por lo que no resulta justo que las personas no religiosas participen involuntariamente en rituales. No se trata de negar el derecho a profesar

una religión, pero la convivencia, si queremos que sea armónica, pasa por el respeto al derecho del otro. El cumplimiento del deber de cada uno es exigencia del derecho de todos. Derechos y deberes se integran correlativamente en toda actividad social y política del hombre. Si los derechos exaltan la libertad individual, los deberes expresan la *dignidad de esa libertad*, según Achával (citado por Ribot V). (69)

Es criterio mayoritario en los talleres que el tema de las manifestaciones religiosas en sala debe ser replanteado en el listado de derechos. Por supuesto, le corresponde al personal sanitario oficiar como mediador y crear los espacios (en la medida que las condiciones del servicio lo permitan) para que todos los pacientes puedan expresarse libremente sin violar la libertad de los otros, en el considerando de que estas acciones se enmarcan dentro del llamado “**cuidado culturalmente competente**”; definido como un sistema que reconoce la importancia y la incorporación de la cultura. (116)

- La atención las enfermedades mentales no constituyen objeto de estudio en el programa de reingeniería del internado ni son, en la práctica, programas priorizados.

Si bien es cierto que el peso de la formación de los médicos generales lo deben constituir aquellas patologías que tienen mayor incidencia/prevalencia en las estadísticas de morbi-mortalidad del país, como las enfermedades cardiovasculares y oncológicas, también lo es que el suicidio, complicación médico-legal de muchos trastornos mentales y del comportamiento, se encuentra aún entre las principales causas de muerte. (117) Si tomamos en cuenta al grupo poblacional de 16 a 49 años (edades consideradas como las más productivas de la vida) aparece el homicidio dentro de las primeras causas de mortalidad. Por tanto, la adecuada evaluación del riesgo heteroagresivo, según vimos más arriba, es una de las principales tareas de los

servicios de urgencia, para lo cual deben estar preparados todos los profesionales, so pena de minimizarlo y tener que encarar lamentables consecuencias legales.

- Los enfermos mentales tienen derecho al trabajo, no sólo por la remuneración sino también por el valor rehabilitatorio que tiene.

Y es que el trabajo constituye una importante herramienta para desarrollar relaciones interpersonales y habilidades sociales, inculcar responsabilidad y a la vez, disminuir la carga económica que este tipo de personas puede llegar a representar si se mantienen inactivos, especialmente en proyectos socioeconómicos de desarrollo como el nuestro, donde el Estado asume todos los costos de salud. Una vez más, consideramos pertinente volver al Proyecto de Ley de Salud Mental cubano y citar lo planteado en su artículo 7: *La promoción laboral y el trabajo de las personas alcanzadas por la siguiente Ley, constituyen un recurso terapéutico de primer orden. Se promueve el derecho al trabajo como parte esencial de la recuperación de la autonomía e independencia de aquellas. El trabajo con objetivos rehabilitatorios en los centros especializados, será siempre remunerado por la institución, de acuerdo con sus principios científicos y metodológicos.* (101)

La salud mental (cuyo restablecimiento es el objetivo primordial de la rehabilitación) un fenómeno social que sobrepasa los equilibrios biológicos, y que puede ser entendido como un sistema bioantroposocial complejo; el trabajo y la participación activa en la comunidad son tan o más importantes que el mejor psicofármaco del mercado. (69)

Por eso llama a reflexión el criterio general de pacientes y familiares que comentamos más arriba, acerca de la existencia de discriminación laboral, con el cual coinciden algunos psiquiatras, que han vivido la experiencia de ser víctimas de administraciones que ejercen presiones para la emisión de certificados o resúmenes de historias clínicas con la finalidad de limitar laboralmente a alguien, sólo por haber necesitado hospitalización, quizás por un cuadro adaptativo de tipo depresivo o ansioso, que no

afecta en absoluto su capacidad laboral. Se infiere entonces que persisten los estigmas asociados a la especialidad. Entre los comentarios recogidos en las relatorías también aparece la vivencia de haber modificado un diagnóstico para no hacer daño a un paciente, por en la repercusión que pueda tener en su centro de trabajo e invocando el principio "*Primum non nocere*", en el cual nos hemos formado por generaciones. Así, si un trastorno de ansiedad cursa con palpitaciones y elevación de cifras tensionales, se emite una certificación de crisis hipertensiva, como si fuera pecado sufrir una crisis de ansiedad en una época cargada de incertidumbres, cambios y desafíos adaptativos. Es que el mundo occidental acostumbra a excluir a los que considera "débiles". Tanto llega a hacerlo, que el individuo interioriza tal debilidad y opta por renunciar a este mundo en el cual no puede competir, abocándose a una crisis existencial que puede conducirlo al suicidio. (118)

El tema de la rehabilitación en el marco de estos talleres fue tratado esencialmente centrado en las opciones comunitarias para la reinserción social de los enfermos, precisamente a partir de su vinculación laboral. Por lo que resultó una de las temáticas mejor contextualizadas dentro de los debates, dado el momento histórico en el cual se desarrollaron, donde la actualización del modelo económico cubano conlleva nuevas exigencias ante las cuales las personas que padecen cualquier trastorno mental y/o del comportamiento se encuentran en desventaja. Predominó el criterio acerca de la necesidad de preservar espacios protegidos en los cuales puedan lograr no sólo integrarse con la finalidad de poder contribuir al sustento de sus familias, sino también mejorar su socialización; para lo cual es de medular importancia el trabajo comunitario intersectorial. Se señalaron algunas experiencias que han tenido como escenario a las Casas de Orientación a la Mujer y la Familia de la Federación de Mujeres Cubanas (FMC), donde, a partir de la capacitación tanto a mujeres como a hombres, se ha logrado la incorporación a proyectos comunitarios de personas que han padecido o padecen trastornos mentales y/o del comportamiento. (119)

En la literatura revisada aparecen varias investigaciones acerca de la discriminación laboral que sufren los enfermos mentales en general, y los que padecen esquizofrenia, en particular. Coincidimos los autores en que la falta de información acerca de la conservación de las capacidades intelectuales de estos pacientes, a pesar de la afectación de otras esferas, es una de las razones que explican el rechazo. (78, 115, 116)

3.3.2. Análisis de las entrevistas a profundidad y debates participativos con pacientes y familiares:

Las entrevistas a profundidad fueron realizadas a 50 pacientes y a 36 familiares, mientras que las encuestas se aplicaron a 500 pacientes y 360 familiares. A continuación, se presentan las temáticas identificadas como coincidentes entre ambas:

- Derecho de autonomía, relacionado con la capacidad de decidir acerca de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos y con la necesidad de contar con información comprensible, suficiente y oportuna.
- Derecho a la privacidad y a la confidencialidad.
- Discriminación social y/o laboral.

En relación con el derecho de autonomía, existe una diferencia sustancial de criterios entre pacientes y familiares. Mientras los primeros defienden que siempre deben recibir la información necesaria tocante a su enfermedad, su evolución y opciones terapéuticas, los segundos manifiestan que este derecho se encuentra afectado en aquellos cuya capacidad de comprender la realidad se encuentra afectada y por tanto su posibilidad de entender lo que es mejor para sí mismos o para los que le rodean.

En tal sentido, merece comentario este cambio en la manera de afrontar el proceso de enfermedad, que se aleja cada vez más del modelo paternalista, en el cual el médico decide todo y en él se depositan todas las decisiones, para acercarse a un modelo más contemporáneo, donde los pacientes deben ser agentes activos en el proceso

curación-rehabilitación, en el cual además juega un rol protagónico la familia, funcionando en equipo con los terapeutas, quizás como coterapeutas. (120)

Si bien existen enfermedades que afectan sustancialmente el sentido de realidad del paciente, también lo es que otras tocan más su manera de afrontar la cotidianidad, por lo que pueden lograr la incorporación de principios básicos para su autocuidado y desarrollar la autoresponsabilidad en relación con la aparición de descompensaciones o crisis. Al respecto Luis González IP. (121) afirma que la libertad y la responsabilidad son conceptos que van de la mano, por lo que ,si el paciente conserva la capacidad de decidir, debe exigírsele responsabilidad por el cumplimiento tanto de la terapéutica biológica como de la social; entiéndase la reincorporación laboral, la participación responsable en la vida familiar, etc.

Tanto en las entrevistas a profundidad como en los debates, la utilización de la contención física ocupó un lugar destacado. Se puso en evidencia que la mayor parte de las veces en las cuales se generan quejas e insatisfacciones, se relacionan con inadecuada utilización de la técnica de fijación, por lo que debe recurrirse a la misma como último recurso, sólo en casos de agitación extrema donde el riesgo heteroagresivo la justifique, como establecen los protocolos de manejo de las urgencias psiquiátricas. (122)

Esta preocupación expresada por los familiares ha justificado a nivel internacional la adopción de principios básicos para el manejo del riesgo, con vistas a disminuir la vulnerabilidad del enfermo, los que han sido establecidos no sólo por la OMS, sino también por la UNESCO. (123)

No obstante, merece comentario la existencia a nivel internacional de organizaciones de familiares y ex pacientes que han expresado su disconformidad con los principios sin carácter vinculante recomendados por la Asamblea General de las Naciones Unidas para la protección de los enfermos mentales y la mejora de la

atención en salud mental (resolución 46/119 del 17 de diciembre de 1991), así como en el contexto europeo con la Recomendación (2004)¹⁰, de 22 de septiembre de 2004, del Comité de Ministros del Consejo de Europa. Esto se debe que, en su opinión, los profesionales de salud mental y del Derecho abogan porque las medidas coercitivas son necesarias en un pequeño porcentaje de casos (la mayor parte de la Recomendación se dirige hacia estos muy excepcionales y raros casos) y no contiene innovaciones para proteger los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos mentales en la mayoría de las situaciones cotidianas. (124)

Este antecedente, relacionado con las disconformidades de pacientes y familiares con algunos documentos internacionales que se orientan a lograr el respeto a los derechos de los enfermos mentales, fue uno de los elementos fundamentales por los que decidimos llevar a debate abierto y a las entrevistas a profundidad, la propuesta inicial que se había logrado en la fase inicial de esta investigación y que constituyó nuestra tesis de maestría.

Los criterios para la indicación de terapias electroconvulsivas también ocuparon un espacio importante. Aunque los familiares coincidieron en que siempre se les había solicitado el consentimiento informado, resultó tema de debate la posibilidad de que el propio paciente lo solicite, especialmente en los casos de depresiones severas y la opción de utilizarlo en urgencias. Alrededor de estos aspectos se ha reavivado la discusión en espacios académicos en los últimos años, (125) con la temática central de maximizar el principio de beneficencia, referido a la obligación ética de medir la relación riesgo/beneficio; es decir, lograr los máximos beneficios y reducir al mínimo el daño y la equivocación. (126)

Predominaron tanto entre los pacientes como entre los familiares, las preferencias por un estilo de información educativa, en la cual puedan identificar de donde viene su trastorno, como puede afectar su vida futura y en los casos que requieran ingreso, que

efecto tiene cada medicamento, que tiempo va a estar internado. Los familiares expresaron que le habían dado a firmar “modelitos” impresos para autorizar inyecciones y electrochoques, sin que hayan podido entender a cabalidad que efecto tendrían ni el por qué había que utilizarlos, aunque en aquellos cuyos parientes enfermos habían sufrido crisis con agitación y agresividad. Hubo coincidencia en comprender la necesidad de la contención mecánica, aun cuando les resultara muy desagradable y deprimente.

También relacionado con la atención especializada, tanto pacientes como familiares coincidieron en defender el derecho a decidir con que médico seguirse. Manifestaron que, con frecuencia, cuando se producen ingresos de urgencia, no tienen la posibilidad de ver a su tratante y eso les genera malestar, pues tienen que hablar con alguien que no conoce su problemática concreta, malestar que se incrementa al tener que depender del Sistema Integrado de Urgencias Médicas (SIUM) para trasladarse. Lo que se traduce en las largas esperas, y la necesidad de recurrir muchas veces a la policía, cuando se trata de cuadros de agitación.

Los pacientes cuyas enfermedades evolucionan con periodos en los cuales se encuentran fuera de la realidad se quejaron de la frecuencia con la cual su familia es quien decide llevarlos a ingresar, cuando aún no han perdido la posibilidad de comprender lo que está ocurriendo a su alrededor y resultó doloroso escucharles decir que el motivo verdadero para ingresarlos es “salir de ellos”. Frente a planteamiento, algunos familiares admitieron haber recurrido a lo que llamaron “ingresos de respiro”, dado que la convivencia con su pariente enfermo resulta difícil. Al profundizar en cuanto “difícil”, hubo coincidencia en que se iba a recibir una visita importante, habitualmente “de afuera”, y había consenso familiar en que “no se veía bien”, como si se tratara de un mueble que iba a desentonar en la sala o en el comedor.

Forma parte de nuestro rol la educación de la familia en el respeto al enfermo, haciéndole ver que es tan importante como el mejor psicofármaco o la más profunda sesión de psicoterapia, pues es allí donde el individuo se autoidentifica dentro del espacio intersubjetivo que se crea en la interacción con los miembros de la familia. Esta labor educativa se inicia desde que se sospecha el diagnóstico, se prevén las repercusiones en relación con los valores familiares, culturales, religiosos, los proyectos de vida que quizá se verán tronchados, etc. (127, 128) Por eso es tan importante que el psiquiatra de la comunidad acompañe todo el proceso, aun cuando se haga necesario un ingreso, pues él es quien mejor puede evaluar elementos tan importantes como el deterioro post-brote en un esquizofrénico, la pérdida de rutinas cotidianas donde debe definirse entre en un proceso demencial comenzante y una depresión, por sólo citar ejemplos relacionados con algunas de las enfermedades más frecuentes, de acuerdo con las estadísticas recogidas por la Organización Mundial de la Salud en nuestro país. (129)

En el engranaje de gestión de ingreso-egreso-alta con seguimiento, se ha perdido uno de los elementos de mayor importancia para garantizar la continuidad y respetar el derecho del enfermo a una atención diligente y con la calidad necesaria y merecida. Esta es la contrarreferencia; documento en el cual el profesional actuante pone al tanto a su colega, a quien va dirigida, acerca de todos los detalles diagnósticos, terapéuticos, evolutivos y pronósticos, con la garantía de que quien lo recibe puede manejar todos los antecedentes, por lo que se evita repetir estudios que ya han sido realizados y evaluados.

En este aspecto, varios pacientes expresaron que con cierta frecuencia el trámite del alta hospitalaria se hace de manera algo impersonal. Consideraron que debían tenerse en cuenta de manera más individualizada las situaciones personales y familiares, de manera que, al frío documento dirigido a otro médico, le acompañen orientaciones para su reincorporación laboral, si fuera necesario para la agilización de trámites con

abogados, por ejemplo, de la vivienda. Estas preocupaciones deben tenerse especialmente presentes en aquellos que presentan algún grado de discapacidad producto de su enfermedad, en los cuales los profesionales a cargo deben interesarse en profundizar en la realidad e historia si se pretende apoyar, guiar o proteger en sus derechos individuales. (130)

En cuanto al derecho a la privacidad y a la confidencialidad, la totalidad de los pacientes afirmó que no se respeta, no sólo en las instituciones en las cuales han estado ingresados, sino tampoco en sus domicilios. Una de las vivencias más dolorosas fue expuesta por un paciente de 43 años con diagnóstico de Esquizofrenia, que manifestó que luego de dos meses ingresado, al llegar a su casa habían ocupado su cuarto “como si ya estuviera muerto” y habían dispuesto de pertenencias suyas sin su autorización. Trató de regresar a su trabajo como zapatero, pero para su sorpresa, no sólo su jefe, sino todos los obreros manejaban que “era loco” y le cerraron la contratación.

Hubo coincidencia en la frecuencia con la cual personal no técnico, como auxiliares generales o pantristas tienen acceso a las historias clínicas, lo cual resulta totalmente incorrecto. Los pacientes también manifestaron que en ocasiones los médicos ofrecen información a algunos familiares en contra de su voluntad expresa, pues bien se trata de parientes lejanos, bien de familiares con los cuales no existen buenas relaciones.

También hubo coincidencia en cuanto a la existencia de discriminación social y laboral. Durante los debates se puso en evidencia que muchas de las presuntas causales de rechazo ante una solicitud de empleo parten de la interpretación personalísima de algún directivo, pues como plantea Sánchez Vásquez MJ, (131) cada persona establece juicios de valor desde sus propios patrones cognitivos. Así la enfermedad o patología mental se puede presentar como una forma de inadecuación cognitiva a patrones culturales consensuados, cuando quizás una presunta desviación

conductual, un comportamiento considerado “desviación de la norma” en una sociedad determinada, puede ser parte de un comportamiento característico, entendido como “condición natural” existencial en otras sociedades, en las que varíe la media referencial.

Tocante a la discriminación social, se plantearon una serie de experiencias vivenciales negativas que tienen un denominador común: la superficialidad con la cual los integrantes de la comunidad en la cual se inserta esa persona con un trastorno mental o del comportamiento asumen criterios de “anormalidad”. Al respecto coincidimos con Baon B. (132) en cuanto a que el espacio de la normalidad tiene límites muy imprecisos. A pesar de los esfuerzos que supone el llegar a ponerse de acuerdo entre expertos para el establecimiento de las clasificaciones internacionales (CIE y DSM), no podemos olvidar que los constructos sociales parten de una “normalidad estadística”, la misma que consideraba anormales a las mujeres que osaban estudiar Medicina en el siglo XIX. Es en este sentido en que en las entrevistas a profundidad los pacientes se lamentaban de que no se les tiene confianza para desempeñar roles de cuidadores de otros miembros de la familia, especialmente niños porque “les puede dar por cualquier cosa”. Tampoco para asumir tareas comunitarias para las cuales tienen preparación y disposición, como son las campañas para las donaciones de sangre o los controles vectoriales, porque se teme que puedan dañar a las personas, o que puedan no cumplirlas.

Corrigan (citado por Mascayano Tapia F) (133) postula que los “programas de empoderamiento personal” serían la mejor estrategia para disminuir ese estigma internalizado. Estos programas implican potenciar los recursos personales de cada persona con enfermedad mental, lo que genera mayor autovalencia y control de sus vidas. Cabe señalar que dichos programas son desarrollados tanto por profesionales como por expacientes del sistema de salud (pares). Experiencias similares se han venido desarrollando en algunas comunidades nuestras, especialmente vinculadas

con la disposición de líderes religiosos, teniendo como fortaleza el establecimiento de una mayor empatía a partir de una manera coincidente de ver el mundo. Elemento que ha sido señalado como parte de la llamada sensibilidad etnoterapéutica, (134) que parte de una visión menos patológica de las alteraciones del comportamiento.

Los familiares por su parte, confiesan haber sentido temor a depositar tareas en el ámbito doméstico y más aun las que conlleven trato con otras personas; pues al final “cualquier problema” que se generara al respecto, sería responsabilidad de ellos, no del paciente. La hermana de un paciente esquizofrénico manifestó que, “cuando él está en crisis puede matar a cualquiera y no lo paga”. Estos comentarios reflejan la magnificación de la peligrosidad inherente a los trastornos mentales y del comportamiento, misma que han puesto en evidencia otras investigaciones (135) cuando, estadísticamente hablando, sólo una minoría de los hechos violentos reportados es protagonizada por enfermos mentales. (136)

Izquierdo Sánchez B. (114) afirma que en las sociedades occidentales, los estereotipos (relacionados con creencias) más frecuentes expresados en relación con personas que padecen enfermedad mental grave, son: peligrosidad, extrañeza e impredecibilidad, dificultad de relación e incapacidad para manejar su vida y autocuidado, incompetencia, atribución de responsabilidad o culpa sobre lo que les sucede, falta de control y que asociados a estas ideas aparecen los sentimientos de miedo y desconfianza que tienen como consecuencia el rechazo social o el aislamiento.

La OMS plantea que los enfermos mentales son personas que se enfrentan a la estigmatización, a la discriminación y la marginación en todas las sociedades, incrementándose así la probabilidad de que se violen sus derechos. (137)

La frecuencia con la cual se estigmatiza a alguien por considerarlo “diferente” o “anormal” ha llevado a la inclusión explícita en los códigos deontológicos en cuanto a ser sumamente cautos y prudentes en relación con aquellas nociones que fácilmente pudieran degenerar en etiquetas devaluadoras y discriminatorias, del género de normal/anormal, adaptado/inadaptado, o inteligente/deficiente. (138)

La educación en la formación de valores, con el respeto a las diferencias, con refuerzo de lo que de positivo tenga cada ser humano, debe constituirse en una pauta esencial para esa sociedad que excluye a las personas con trastornos mentales y del comportamiento. (139) Pero esos valores deben incorporarse desde la familia, desde la casa, pues con frecuencia ese resulta el primer espacio donde se discrimina al enfermo. Se hace resistencia al alta hospitalaria por considerar que no puede convivir con las personas “normales”. Al decir de Caycho Bajonero LF, (140) esa resistencia a creer en la rehabilitación del paciente con problemas de salud mental es un tipo de discriminación encubierto que vulnera derechos fundamentales de la persona.

Lamentablemente, los medios de comunicación al tratar el tema de la enfermedad mental dentro de una cotidianidad de supuestos sujetos normales, utilizan expresiones que ayudan a mantener el estigma de la enfermedad mental o incluso, lo potencian. (110, 141) Especialmente en dos vertientes: su asociación a comportamientos violentos y peligrosos o su ridiculización en programas humorísticos. En nuestro país es más frecuente ésta última, por lo general con personajes que encarnan a un alcohólico o a un anciano demente.

Un aspecto de los debates en torno a la discriminación que merece comentario es la diferencia percibida por los psiquiatras coordinadores en cuanto a los criterios de los familiares en áreas rurales, suburbanas y urbanas, e incluso dentro de ésta última, los aportados en una ciudad pequeña como Santic Spiritus y en la capital. Se da una

relación directamente proporcional entre la competitividad y la exclusión, en coincidencia con reportes internacionales que sustentan que las sociedades tradicionales no industrializadas tienden a ser más comprensivas y tolerantes hacia los comportamientos peculiares de algunos enfermos mentales, lo que resulta en una menor estigmatización e institucionalización. (142)

Las investigaciones realizadas en el ámbito de la Neuropsiquiatría afirman que, son las personas afectadas por trastornos graves las que más se ven perjudicadas en distintos aspectos de su vida. Se encuentran generalmente con dos tipos de problemas:

- los derivados directamente de su enfermedad o trastorno, que suelen ser, pese a su gravedad, episódicos o intermitentes y susceptibles de intervenciones de efectividad creciente y,
- los relacionados con el estigma, que, paradójicamente, suelen ser más permanentes y constantes, además de refractarios a la intervención. Esto trae por consecuencia una considerable disminución de las oportunidades para disfrutar de una vida ciudadana activa y de los distintos aspectos relacionados con lo que, en lenguaje más técnico, denominamos «calidad de vida»: relaciones sociales, pareja, empleo, vivienda, salud, etc. (143)

Por otra parte, el temor del paciente por ser estigmatizado o juzgado puede ser un impedimento lo suficientemente poderoso para cerrar posibilidades de comunicación profunda, duradera y abierta con el médico, (144) lo que entorpece la identificación de situaciones de riesgo tan graves como la existencia de un estado presuicida. (145)

Por eso coincidimos con Ramos Pozón S. (146) cuando señala que en la relación asistencial, los profesionales han de disponer de unas virtudes (compasión, cuidado, prudencia...) que indiquen el compromiso para con el paciente. De ellas, la empatía es imprescindible para apreciar el sufrimiento del paciente y romper con el estigma y la discriminación asociado a los trastornos mentales.

Dentro del aspecto de la discriminación, se trató la complejidad del manejo de los pacientes portadores de demencia, entidad cada vez más frecuente en nuestro país, en el marco del creciente envejecimiento poblacional. (147) Específicamente, los familiares expresaron la experiencia de ajustarse a los máximos morales del enfermo, tratando de no causar daño, tomando en cuenta la forma de estar de la persona, su estatus y su forma de vida, con sus consideraciones personales sobre lo que es o no digno, incluso en un tema tan delicado como la autonomía de la voluntad, pues la capacidad para decidir y consentir no se pierde de la noche a la mañana, es un proceso progresivo. De manera que, en los estadios iniciales se conserva y debe respetarse. (148)

Desde una perspectiva comunitaria, se deben tener en cuenta las potencialidades que se mantienen en el paciente que está iniciando un proceso demencial para utilizarlas terapéuticamente. De esta manera se garantiza la preservación de los valores de la cultura en la cual han desarrollado su vida, resultando especialmente nocivo el cambio de entorno que puede facilitar la aparición de síntomas de confusión, especialmente si se trata de trasladarlo fuera de su localidad. (149)

Hubo coincidencia en los debates en cuanto a la vulnerabilidad psicosocial de las personas que padecen algún trastorno mental y/o del comportamiento, en cuya atención debe velarse especialmente por el respeto a la dignidad, la autonomía y la no-maleficencia. Estos se consideran esenciales en el trato interhumano, por ser valores humanos. Al decir de Lolas Stepke F. (37): *la medicina es el arte por excelencia de la interpersonalidad al servicio de las necesidades humanas, donde el saber-hacer y el saber-estar en la dignidad del oficio, es tanto imperativo moral como técnico.*

3.3.3. Análisis de la propuesta de código deontológico por parte de los expertos:

Consideramos pertinente señalar que la propuesta de código deontológico resultante de nuestra investigación fue sometida a criterio de expertos en dos momentos: el primero al término de los talleres desarrollados en el año 2013 con los psiquiatras de La Habana, Santic Spiritus y Holguín. Fungieron en calidad de expertos cuatro profesores de Psiquiatría (dos consultantes y dos Doctores en Ciencias Médicas, una además Master en Bioética) y dos de Medicina Legal, ambos expertos en Derecho Médico. Los resultados de esta fase se integraron en la tesis de maestría en Bioética de la autora.

El segundo momento cierra precisamente la etapa final de la investigación. Luego de haber recogido los criterios del 20 % de los psiquiatras del país, centrándolos en las cuatro provincias seleccionadas, además del criterio de 500 pacientes y 360 familiares de dichas provincias, se reformuló el Listado de Derechos del Paciente Mental en Cuba y se sometió a la valoración del Grupo Nacional de Psiquiatría, al cual pertenecen especialistas del más alto prestigio y experiencia, quienes además poseen la responsabilidad de asesorar a los decisores de políticas de salud mental en el país. A continuación, comentamos sus criterios:

En el acápite correspondiente a los derechos generales:

En el número dos, en relación con el consentimiento informado en casos de incapacidad legal o situaciones que de manera transitoria priven al paciente de la capacidad para decidir (funcionamiento psicótico, toma de conciencia), se sugiere explicitar la jerarquía establecida en el Código de Familia para designar un representante ante las decisiones médicas, como parte del proceso de toma del consentimiento sustituto.

En el número cuatro, acerca del derecho a disfrutar del mayor grado posible de privacidad durante su atención, se sugiere sustituir el término “fijar” por “concertar con el equipo de salud”

En el número cinco relacionado con el derecho a no ser trasladado a instituciones hospitalarias en contra de su voluntad, salvo en las situaciones que sea necesario, se señala que el término “situaciones que sea necesario”, puede ser muy ambiguo, si además puede un profesional no psiquiatra definir esto, por lo que se sugiere que debe especificarse que sea el psiquiatra del área, pero aclarando que también deberá existir el consentimiento informado de la familia o persona responsable del paciente.

En el número seis, relacionado con el ingreso compulsorio, se señala como pertinente tener en cuenta el criterio del psiquiatra de atención directa y de la familia o persona responsable del paciente.

En el número siete, relacionado con los derechos laborales, se sugiere añadir que debe evaluarse la necesidad de la realización de un peritaje médico-laboral si fuera necesario.

En el acápite correspondiente a los derechos durante la hospitalización:

Se recomienda analizar la inclusión o no del aspecto relacionado con la remuneración del trabajo realizado en instituciones especializadas, puesto que en la actualidad este tipo de actividades forman parte de la terapia ocupacional, por lo cual no conllevan remuneración. Al respecto decidimos prescindir del mismo, puesto que además no forma parte de las necesidades sentidas de pacientes ni familiares.

En el acápite correspondiente a los servicios ambulatorios

En el número uno, acerca del acceso a todas las modalidades asistenciales comunitarias, se sugiere añadir además las modalidades terapéuticas, en la

institución donde se atiende o en la que sea necesario, a través de un sistema de referencia y contrarreferencia.

En el número dos relacionado con el seguimiento por la especialidad, se sugiere añadir que la atención puede ser brindada también por el psiquiatra que lo estuvo atendiendo anteriormente, por la preferencia de su familia o del propio paciente.

3.3.4. Conformación de la Propuesta Final:

Sobre la base del análisis de los criterios de pacientes, familiares, psiquiatras que se desempeñan en funciones asistenciales de manera cotidiana y expertos tanto del área académica como del Grupo Nacional de Psiquiatría, conformamos la propuesta de la siguiente manera, la cual resultó validada por dicho grupo (Anexo 7):

Listado de Derechos del Enfermo Mental

Derechos generales

1. Ser aceptado en el proceso terapéutico como un igual por derecho propio y establecer una relación terapeuta-paciente basada en el respeto mutuo y la total confidencialidad.
2. Hacer uso del consentimiento informado para cualquier proceder diagnóstico, terapéutico o relacionado con investigaciones biomédicas. En caso de presentar incapacidad legal o encontrarse en una situación que lo prive de la capacidad para decidir (funcionamiento psicótico, toma de conciencia), debe respetarse la jerarquía establecida en el Código de Familia para designar un representante ante las decisiones médicas: cónyuge, padres, hijos mayores de 21 años (en orden de edad), hermanos, otros familiares. En los casos en los que no se cuente con familiares, estos no tengan capacidad mental para tomar decisiones o exista disputa entre ellos en cuanto a la decisión, será responsabilidad del médico de asistencia mediar, deliberar y

llegar a consenso para escoger la alternativa que resulta más beneficiosa e inocua para el paciente.

3. Recibir gratuitamente la atención, así como los recursos diagnósticos y terapéuticos que requiera según su problemática y no ser discriminado en ninguno de los niveles de atención por razones de raza, edad, sexo, nacionalidad, ocupación, filiación política, creencias religiosas, patología psiquiátrica o cualquier otro motivo identificable.

4. Disfrutar del mayor grado posible de privacidad durante su atención y concertar con el equipo de salud, la información que, sobre su persona, va a ser revelada a la familia.

5. No ser trasladado a instituciones hospitalarias en contra de su voluntad, salvo en las situaciones en que se justifique un ingreso compulsorio (riesgo hetero y/o autoagresivo); siendo el criterio del psiquiatra del área de salud, requisito indispensable para definir éstas, con el consentimiento de la familia o persona responsable por el paciente en ese momento en particular.

6. En caso de ser necesario el ingreso compulsorio, ser reevaluado en un lapso de 72 horas por dos especialistas distintos al que lo indicó. Apelar la decisión del ingreso, si es pertinente, teniendo en cuenta el criterio de familiares, paciente y médico de asistencia.

7. Tener acceso a opciones laborales como parte de su rehabilitación e inserción social en las que se tengan en cuenta las limitaciones propias de su patología de base; incluyendo puestos de trabajo, certificados médicos y realización de peritaje médico-laboral si fuera necesario.

8. Optar por una segunda opinión profesional, en el caso de que el paciente o la familia tengan alguna preocupación sobre el diagnóstico o la terapéutica empleada.

9. Solicitar ser atendido por el profesional de su preferencia, dentro de las posibilidades hospitalarias y del sistema regionalizado de salud.

Durante la hospitalización

1. Ser respetado en sus derechos civiles, políticos y socio-culturales durante su ingreso.

2. Recibir un trato humano y no sufrir ningún tipo de abuso físico, mental o social.

3. Disfrutar del menor grado posible de restricciones, siempre y cuando su conducta y patología así lo permitan y no se incumpla el reglamento hospitalario. Dentro de este acápite se incluyen: información ofrecida por los medios de comunicación, visitas de personas ajenas a la sala, custodia de pertenencias básicas, uso de las áreas comunes y acceso a recibir o remitir correspondencia. En el caso de los pacientes con comportamiento violento y/o adicciones, el mayor o menor grado de restricción será evaluado por el equipo de salud de acuerdo a la situación concreta que se presente.

4. Recibir información del personal que lo atiende en lo referente a nombre, cargo y perfil profesional de los miembros del equipo de salud.

5. Ser informado sobre su evolución, tratamiento, resultados esperados y complicaciones. En caso de resultar necesario su traslado a otros servicios o instituciones, recibir toda la información sobre motivos, ventajas y desventajas de dicho traslado.

6. Profesar la religión de su elección. Las manifestaciones públicas relativas a ésta estarán en dependencia de la disponibilidad de espacios en el servicio y al grado de agresión que representen para el resto de los pacientes.

7. Recibir toda la información legal requerida para enfrentar posibles problemáticas legales relacionadas con el motivo de ingreso o su patología de base.

8. Disponer de condiciones adecuadas en cuanto a seguridad, privacidad, alimentación y características higiénico-sanitarias de la instalación.

9. Presentar a las instancias jurídico-administrativas correspondientes las quejas que se generen como consecuencia de maltrato, omisión u otras formas que vayan en contra de las normas de buenas prácticas en la especialidad; a excepción de las quejas que ocurran como parte de un cuadro sintomático. La pertinencia de las mismas será determinada por la comisión designada a nivel hospitalario, podrá ser apelada por el paciente y su familia.

En servicios ambulatorios

1. Acceder a todas las modalidades asistenciales y terapéuticas comunitarias, tanto las existentes en su área de salud como las que se ofrezcan en otras instituciones (a través del sistema de interconsulta, referencia y contrarreferencia).

2. Mantener un seguimiento por el especialista de asistencia, el cual le garantice la continuidad de la terapia farmacológica utilizada en el hospital, siendo reevaluado periódicamente.

3. Recibir las certificaciones necesarias relacionadas con documentos diagnósticos, reposo temporal, métodos y resúmenes de historia clínica.

4. Recibir opciones laborales que tengan en cuenta las limitaciones propias de la patología psiquiátrica que presente.

5. Solicitar ingreso hospitalario y recibirlo, siempre y cuando se cumplan los criterios para el mismo.

3.4. Conclusiones del capítulo:

Se abordan cada uno de los resultados obtenidos comparándolos con estudios tanto a nivel nacional como internacional para sustentar su análisis. En base a los criterios

coincidentes de los pacientes, sus familiares, los psiquiatras en ejercicio y los miembros del Grupo Nacional de Psiquiatría, en calidad de expertos, se propone un condigo deontológico que debe servir de referente ético para proteger los derechos de los enfermos mentales que sean atendidos en cualquiera de los niveles de atención en salud mental.

CONCLUSIONES

- 1) Los profesionales de la salud mental consideraron que el Listado de Derechos del Paciente Mental en Cuba se encuentra desactualizado. Consideran pertinente la propuesta de reformulación, con énfasis en la necesidad del consentimiento informado en la práctica clínica, el respeto a la privacidad y confidencialidad, la garantía de contar con el criterio de dos psiquiatras para el ingreso compulsorio, que sólo debe cumplirse cuando exista riesgo auto o heteroagresivo y en la observancia del respeto a los derechos laborales de los pacientes; evitando además la discriminación social.
- 2) Los familiares de los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento desconocían en su mayoría la existencia del Listado de Derechos del Paciente Mental en Cuba. Consideraron pertinente la propuesta de reformulación, con énfasis en la importancia de la confidencialidad y en las condiciones a tener en cuenta en los ingresos compulsorios.
- 3) Los pacientes con trastornos mentales y del comportamiento, en su mayoría desconocían la existencia del Listado de Derechos del Paciente Mental en Cuba. Encontraron pertinente la propuesta de reformulación, sobre todo en su derecho a recibir información, solicitar segundas opiniones y al respeto a su privacidad y a la confidencialidad.
- 4) El Grupo Nacional de Psiquiatría, en su condición de experticia avaló la propuesta de código deontológico presentada a partir de la revisión del Listado de Derechos del Paciente Mental en Cuba, luego de incorporadas las recomendaciones que se le hicieran a la autora.

RECOMENDACIONES

- 1) Discutir la propuesta de código deontológico en todos los servicios de Psiquiatría, Departamentos Comunitarios de Salud Mental, Hospitales Psiquiátricos y Equipos de Salud Mental a nivel nacional, con vistas a su implementación, recabando el sentido de pertenencia institucional del cual se derivarán acciones para su cumplimiento y enriquecimiento, así como la participación de trabajadores con acceso información sensible de los pacientes, como el personal de admisión y archivo, así como auxiliares generales, pantristas y mensajeros, sobre todo para el énfasis en la confidencialidad y el respeto a la persona humana que sigue siendo el enfermo mental.
- 2) Dado el carácter dinámico contextual y la celeridad de los avances mundiales en el debate en torno a la Bioética, este código debe monitorearse sistemáticamente, para garantizar su exposición y cumplimiento.
- 3) Por similares razones, debe programarse su revisión cada cinco o diez años con vistas a su actualización nacional, a tono con los cambios contextuales que de manera dialéctica resultan previsibles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Montero F. Derechos de los enfermos mentales. Rev. Latinoam. Der. Méd. Medic. Leg. 1997/1998; 2(2) / 3(1): 59-64.
- 2) Márquez Mendoza O, Fernández-Carrión MH, Veyta López M, Ruiz Peña S, Guaderrama Guaderrama R. Bioética, salud mental y los derechos humanos. Rev. Redbioética/UNESCO [internet]. 2014 Jul- Dic. [citado 11 de enero 2017]; 2 (14): 96-115. Disponible en: <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Montevideo/pdf/RevistaBioetica14.pdf#page=96>
- 3) Del Pino López R. Estrategia de bioética en el plan integral de salud mental de Andalucía. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq [internet]. 2015 abr.-Jun. [citado 11 de enero 2017]; 35(126). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000200008>
- 4) Barrientos de Llano G, Martínez Gómez C, Rodríguez Sánchez J, Valdés Mier M. La reorientación de la atención psiquiátrica en Cuba. En: Colectivo de autores. Enfoques para un debate en salud mental. La Habana: Conexiones; 2001. Pp. 87-108.
- 5) Suárez Díaz MC. Representación social de la enfermedad mental en médicos del municipio Boyeros. [Tesis de Terminación de Especialidad] Universidad de Ciencias Médicas de La Habana: Facultad “Calixto García”; 2009.
- 6) Acosta Sariago JR. Los árboles y el bosque. Texto y contexto bioético cubano. La Habana: Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela; 2009.
- 7) Márquez Vega PA, Ticona Aquino WI, Bustamante G. Bioética en la Atención de Pacientes Psiquiátricos. Rev. Act. Clin. Med [internet]. 2013 may [citado el 10 de abril 2017]; 32. Disponible en: http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?pid=S2304-37682013000500007&script=sci_arttext&lng=es
- 8) Cazzaniga Pesenti J, Suso Araico A. Estudio “Salud mental e inclusión social. Situación actual y recomendaciones contra el estigma”. Madrid: Confederación SALUD MENTAL; 2015.
- 9) Desviat M. Ética y Psiquiatría [monografía en internet]. En: INTERPSIQUIS; 2001 [citado el 3 de septiembre de 2009]; (2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172781202007000200002&lng=es&nrm=iso

- 10) Allevi JI. Saberes científicos y regímenes violentos: confluencia de ideas, prácticas e intereses entre la psiquiatría alemana y el régimen nazi. *Revista Brasileira de História & Ciências Sociais*. 2016 Jul.-Dic.; 8(16): 192-210.
- 11) Jiménez Garrote JL. Fundamentación ética en el paciente psiquiátrico. [Conferencia] En: Primer Taller sobre Esquizofrenia del Sanatorio San Juan de Dios. 2007 marz; Ciudad de la Habana: Cuba.
- 12) Ramírez P, Arbesú J, Arrieta E, López S, Casquero R. Promoción de la salud: promoción de la salud mental. *Semergen* [internet]. 2016 [citado el 10 de abril 2017]; 42(2):73. Disponible en: 10.1016/j.semerg.2016.01.010 *
- 13) OPS. Derechos Humanos y Salud. Personas con discapacidad mental. 2008.
- 14) Juramento Hipocrático. En: Médicos, Pacientes, Sociedad. Derechos humanos y responsabilidad profesional de los médicos en documentos de las organizaciones internacionales. Buenos Aires: Asociación Psiquiátrica de América Latina; 1998.
- 15) Balseiro Estévez JT. De la ética médica a la legislación en salud mental: tendencias actuales y realidad cubana. *Rev Hum Med* [Internet]. 2007 ago [citado el 7 de abril de 2009]; 7(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727812020070002000002&lng=es&nrm=iso
- 16) National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Informe Belmont. Principios éticos y orientaciones para la protección de sujetos humanos en la experimentación. [Internet]. DHEW Publication No. (OS) 78-0012. [citado el 10 de octubre de 2009]. Disponible en: http://iier.isciii.es/er/pdf/er_belmo.pdf
- 17) Fonti D, Barbás MG, Cudolá A, Bouschet D, Cuello G, González ML, et. al. Autonomía solidaria: condiciones individuales, relaciones sociales y bien público. *Rev. Redbioética/UNESCO* [internet]. 2014 Jul- Dic. [citado 11 de enero 2017]; 2 (14): 54-68. Disponible en: http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Montevideo/pdf/Rev_istaBioetica14.pdf#page=96
- 18) Mendiburu L. Bioética y Psiquiatría. [Internet] [Tesis realizada para optar al título de Master en Bioética, por el ICEB]] 2007 [citado el 7 de agosto

- de 2009] Disponible en: [www.hospitalbermeo.org/comunicaciones/Publicaciones / TESINAbioeticapsiquiatr%EDa.pdf](http://www.hospitalbermeo.org/comunicaciones/Publicaciones/TESINAbioeticapsiquiatr%EDa.pdf).
- 19)AMP. Declaración de Hawai. En: Médicos, Pacientes, Sociedad. Derechos humanos y responsabilidad profesional de los médicos en documentos de las organizaciones internacionales. Buenos Aires: Asociación Psiquiátrica de América Latina; 1998.
- 20)Asociación Mundial de Psiquiatría en su Asamblea General de Madrid. Declaración de Madrid Sobre Los Requisitos Éticos de la Práctica de la Psiquiatría. 1996 (última revisión en 2002). Disponible en: URL: <http://aen.es/docseclaacionadid.pdf>
- 21)Herazo E. Aspectos bioéticos de la evaluación de la capacidad mental en Psiquiatría. Rev. Colomb. Psiquiatr [Internet]. 2011 [citado el 10 de abril 2017]; 40(1). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745014601116>
- 22)Restrepo D, Cardeño C, Duque M, Jaramillo S. Del principio de beneficencia al principio de autonomía: aproximación a la evaluación de la competencia mental de los pacientes en el hospital general. Rev. Colomb. Psiquiatr [Internet]. 2012 [citado el 10 de abril 2017]; 41(2). Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745014600135>
- 23)Saraceno B, Van Voren R. Inquietudes acerca de los derechos humanos en las personas con enfermedad mental en Egipto. Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría [Internet]. 2012 [citado el 10 de abril 2017]; 110(31): 393-394. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2650/265020917030.pdf>
- 24)Garay Arostegui M, Pousa Rodríguez V, Pérez Cabeza L. La relación entre la percepción subjetiva del funcionamiento cognitivo y el autoestigma con la experiencia de recuperación de las personas con enfermedad mental grave. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq [internet]. 2014 [citado en 24 de junio 2016]; 34 (123). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352014000300002&script=sci_arttext&tlng=pt
- 25)Maza Rivera CM. Estigma experimentado en personas diagnosticadas con esquizofrenia internadas en un hospital psiquiátrico. [Tesis de

- Terminación de Licenciatura en internet] Pontificia Universidad Católica del Perú: Facultad de Letras y Ciencias Humanas; 2015. [citado 11 de enero 2017] Disponible en:
<http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/6462>
- 26) UNESCO. Report of the International Bioethics Committee of UNESCO (IBC). The Principle of respect for Human Vulnerability and Personal Integrity. London; 2013.
- 27) Begoña Bevia MG. Poder, estigma y coerción. Escenarios para una práctica no autoritaria en salud mental. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [internet] 2017 [citado el 19 de diciembre 2017]; 37(132): 321-9. Disponible en: <http://10.4321/S0211-57352017000200001>
- 28) Puyol A. Hay bioética más allá de la autonomía. Revista de Bioética y Derecho [Internet]. 2012 [citado el 10 de abril 2017]; (25): 50- 55. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872012000200005
- 29) Alfonso Presilla EM, Nobalbo Aguilera YT. Conductas autoritarias y de poder en la práctica médica. Consideraciones. Humanidades Médicas [internet]. 2012 [citado el 11 de mayo 2017]; 12(2): 252- 261. Disponible en:
https://scholar.google.com/cu/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Conductas+autoritarias+y+de+poder+en+la+pr%C3%A1ctica+m%C3%A9dica.+Consideraciones&btnG
- 30) Díez Bueso L. La garantía institucional de la autonomía del paciente. Revista de Bioética y Derecho [internet]. 2012 [citado el 11 de mayo 2017]; (25): 41- 42. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1886-58872012000200004&script=sci_arttext&lng=en
- 31) Carbajo E. La Ley de Salud Mental, su sanción y su aplicación. Revista de Políticas Sociales. 2017 Inver.; 4(5): 29-34.
- 32) Tealdi JC. Bioética y derechos humanos en psiquiatría. rev colomb psiquiatr. [Internet] 2008 abr-jun [citado el 7 de agosto 2009]; 37(2). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S003474502008000200009&script=sci_arttext.

- 33)Valdecasas Campelo JG, Vispe Astola A. Quo vadis, psychiatry? Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. [internet] 2017 Jul.-Dic. [citado el 11 de enero 2018]; 37(132). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352017000200010>
- 34)Organización de las Naciones Unidas. Declaración de los derechos del retrasado mental. New York: ONU; 1971.
- 35)Organización de las Naciones Unidas. Declaración de los derechos de los impedidos, Nueva York: ONU; 1975.
- 36)Risco C. Principios fundamentales de la ética psiquiátrica. En: Manual del residente. [CD-ROM] AMA; 1996.
- 37)Lolas Stepke F. Desafíos axiológicos para la psiquiatría contemporánea. Pluralismo e imperativo bioético. Salud Mental [internet]. 2015 [citado el 21 de febrero 2017];38(1):1-4. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2015/sam151a.pdf>
- 38)Cabezas Pedro S. Uso de medidas restrictivas en hospitalización psiquiátrica: la visión del paciente. [Tesis de grado en internet] Barcelona: Universitat a Manresa; 2017. [citado 11 de enero 2017] Disponible en: http://repositori.umanresa.cat/bitstream/handle/1/133/Sheila_Cabezas_Pedro.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 39)Pereira Pérez J. Perspectiva bioética acerca de la capacidad y el ejercicio de la autonomía de la voluntad de los enfermos de Alzheimer. rev. latinoam. bioet. [internet] 2011[citado el 3 de junio 2016]; 11(2): 86-97. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/1270/127024227006/>
- 40)Varios autores. Ética y modelos de atención a las personas con trastorno mental grave. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, Fundación Juan Ciudad; 2013.
- 41)Montoya Montoya GJ. Artifex spondet peritiam artis (El artesano responde de su arte). Revista Colombiana de Psiquiatría [internet]. 2017 Jul.-Sept. [citado el 27 de noviembre 2017]; 46(3): 127-8. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80652006001>
- 42)Pérez González E. Psiquiatría Forense. La Habana: ONBC; 2018.
- 43)De Pena L, Lema S, Silva C. El concepto de incapacidad jurídica y su implicancia para el campo de la salud mental desde una perspectiva

- bioética. [Ponencia en internet] XIV Jornadas de Investigación: Uruguay a tres décadas de la restauración democrática. 2015 [citado el 18 de abril 2017] Disponible en:
<https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/123456789/10841>
- 44)Solitario R. Incapacidad jurídica, patria potestad y derechos humanos. El desafío político de los derechos igualitarios y el derecho a la diferencia. Estudios Interdisciplinarios y Nuevos Desarrollos. Anu. Investig [internet]. 2011 dic [citado el 21 de diciembre 2016]; 18. Disponible en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862011000100085
- 45)Antomás J, Huarte del Barrio S. Confidencialidad e historia clínica. Consideraciones ético-legales. Anales Sis San Navarra [internet]. 2011 [citado el 21 de diciembre 2016]; 34(1). Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100008
- 46)Minoletti A, Toro O, Alvarado R, Carniglia C, Guajardo A, Rayo X. Respeto a los derechos de las personas que se atienden en Servicios de Psiquiatría Ambulatoria en Chile. Rev. méd. Chile [internet]. 2015 Dic. [citado el 21 de diciembre 2016]; 143(12). Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015001200012>
- 47)Beca JP. Confidencialidad y secreto médico. Cuadernos del Centro de Bioética Juan Pablo II. 2017 Sept. Oct.; Suplemento: 12-6.
- 48)Ramírez Ortegón LA. Confidencialidad: normativas y consideraciones generales sobre su aplicación en Colombia. Rev. Colomb. Psiquiatr [internet]. 2009 [citado el 21 de diciembre 2016]; 38(1). Disponible en:
<http://www.redalyc.org/html/806/80615419012/>
- 49)Mondragón L, Monroy Z, Ito ME, Medina-Mora ME. Disyuntivas en las concepciones sobre autonomía y beneficencia que afectan la terapéutica del intento suicida. Acta Bioeth [internet]. 2010 [citado el 22 de febrero 2013]; 16(1). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2010000100011&script=sci_arttext&tlng=en
- 50)Chávez Hernández AM, Leenaars A. Edwin S. Shneidman y la suicidología moderna. Salud Mental [internet]. 2010 [citado el 8 de abril

- 2012]; 33:355-360. Disponible en:
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000400008
- 51)Durkheim E. El Suicidio (sexta edición.). Ciudad de México: Ed. Coyoacán; 2000.
- 52)Shneidman E. Suicide as a psychache. J Nervous Mental Disease [internet]. 1993 [citado el 6 de mayo 2017]; 181: 147-49. Disponible en:
http://journals.lww.com/jonmd/1993/03000/commentary_suicide_as_psychache.1.aspx
- 53)Puccio S. La internación involuntaria en la legislación argentina y brasilera desde la perspectiva de los Derechos Humanos. Cuadernos Iberoamericanos de Derecho Sanitario [internet]. 2015 Oct.-Dic. [citado el 6 de mayo 2017]; 4(4): 123-44. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.17566/ciads.v4i4.230>
- 54)Barrios Flores LF. El ingreso psiquiátrico involuntario de carácter urgente: una revisión, tras la STC 141/2012, del 2 de julio. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq [internet]. 2012 [citado el 6 de mayo 2017]; 32(116). Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352012000400011
- 55)Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de Psiquiatría. (10ma edición). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2007.
- 56)Corral R, Lahens V, Ribot V, Sowa G, Hernández R. ¿El brujo de la tribu? Patrones culturales en las prácticas médicas. Temas. Cultura, Ideología, Sociedad. 2016 Ene.-Jun.; 85-86: 79-90.
- 57)López Jiménez JL, Castañeda Altamirano Y, Martínez Martínez R, Ortiz Castro JA, Meza Mercado DM. Impacto psicosocial, en salud y acceso a su atención en poblaciones migrantes. Norte de Salud Mental. 2017; 14(56): 15-25.
- 58)Pastor Morales JM. Valoración ética por parte de profesionales de la psicología clínica y psiquiatría de algunas situaciones de la práctica profesional. [Tesis Doctoral en internet]Universidad de Sevilla: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos;

- 2017.[citado el 11 de enero 2018] Disponible en:
<https://hdl.handle.net/11441/70507>
- 59)Fumero A, Santamaría C, Jonson-Laird P. Formas de pensar: efecto de la personalidad en el razonamiento. *Psicothema* [internet]. 2010 [citado el 6 de mayo 2017]; 22 (1): 57-82. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/html/727/72712699010/>
- 60)Hollweg MG. La psiquiatría transcultural en el ámbito latinoamericano. *Investigación en Salud* [internet]. 2001 Abr-Jul [citado el 6 de mayo 2017]; III (1): 6-12. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/html/142/14230102/>
- 61)Ferreirós Marcos CE. Salud Mental y Derechos Humanos: La Cuestión del Tratamiento Ambulatorio Involuntario. Madrid: Ed. CERMI; 2007.
- 62)Paz F, Ibiapina E, Parente A, de Castro U, da Silva D. Bioética Principialista e Internação Compulsória: Tensionamentos entre Autonomia e Vulnerabilidade. *Revista Psicologia e Saúde* [internet]. 2016 Jul.-Dic. [citado el 6 de mayo 2017]; 8(2): 43-54. Disponible en:
[http://dx.doi.org/10.20435/2177-093X-2016-v8-n2\(04\)](http://dx.doi.org/10.20435/2177-093X-2016-v8-n2(04))
- 63)Bustamante Donoso JA, Cavieres Fernández A. Internación psiquiátrica involuntaria. Antecedentes, reflexiones y desafíos. *rev Med chile* [internet]. 2018 [citado el 6 de mayo 2018]; 146: 511-7. Disponible en:
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v146n4/0034-9887-rmc-146-04-0511.pdf>
- 64)Moreira AL. Os mundos da psiquiatria. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* [internet]. 2015 [citado el 23 de mayo 2017]; 18(1): 170-2. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233038415013>
- 65)Delgado García G. Raíces históricas del pensamiento bioético en Cuba. [Conferencia] En: Taller “La Universidad Médica y los problemas bioéticos actuales” [Internet] 1993 octubre 5; CENAPEM, La Habana. [citado el 3 de noviembre de 2009] Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/his/cua_90/his1590.htm
- 66)Galvizu Borrel A. Derechos humanos y Psiquiatría en Cuba. En: Acosta Sario JR, editor científico. *Bioética desde una perspectiva cubana*. 3ra edición. La Habana: Centro Félix Varela; 2007. p. 585-600.

- 67)Martínez Gómez JA. Ética profesional y deontología médica: una reflexión sobre el estado de la cuestión en Cuba. Bioética. Revista del Centro Juan Pablo II. 2015 Sept.-Dic.; 15(3): 4-13.
- 68)Ribot Reyes V, García Pérez T. Derechos del enfermo mental desde una perspectiva bioética. Bioética, Revista del Centro Juan Pablo II. 2012; 12(1): 4- 11.
- 69)Ribot Reyes V. Propuesta de reformulación del “Listado de derechos del paciente mental en Cuba”. Revista Latinoamericana de Bioética [internet]. 2010 [citado 3 de junio 2011]; 10(1): 84-95. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-47022010000100007
- 70)Molina Bartumeus A. Conocimiento y aplicación de los principios éticos y deontológicos por parte de los psicólogos forenses expertos en el ámbito de familia. [Tesis Doctoral] Universitat de Barcelona; 2011.
- 71)Simón Lorda P. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq [internet] 2008 [citado 3 de junio 2011]; 28(2).Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352008000200006&script=sci_arttext&lng=en
- 72) Pérez- Ayala M, Gálvez B, Pacheco C. Responsabilidades y deberes éticos en la inclusión de personas con discapacidad psiquiátrica. Revista Chilena de Salud Pública. 2017; 21(1): 68-75.
- 73)García Pérez T, Ribot Reyes V. [Contenido teórico esencial del Curso “Aspectos éticos y legales de la práctica de la Psiquiatría]. FCM “Victoria de Girón”. Universidad Médica de La Habana; 2014.
- 74)Romero-Tapia A, Gamboa-Bernal GA. ¿Es bioéticamente adecuada la aplicación de la terapia electroconvulsiva? Cuadernos de Bioética [internet]. 2018 [citado el 11 de febrero 2018]; 29(95): 13-24. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Gilberto_Gamboa_Bernal/publication/322989576_Is_Ethic_the_Use_of_Electroconvulsive_Therapy/links/5a8de449458515eb85ac7f1a/Is-Ethic-the-Use-of-Electroconvulsive-Therapy.pdf

- 75) Abdala- Filho E, Abdala de Souza P. Bioética, Psiquiatria Forense e a aplicação da Medida de Segurança no Brasil. Rev. Bioética [internet]. 2009 [citado el 30 agosto 2010]; 17 (2): 188. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/3615/361533249003/>
- 76) Abeledo Concepción M. [Contenido teórico esencial Curso “Aspectos legales de la práctica médica en Cuba”.] FCM “Victoria de Girón”. Universidad Médica de La Habana; 2012.
- 77) Do Nascimento Silva DJ, Lima de Araújo J, Cosme do Nascimento EG. Privacidade e confidencialidade no contexto mundial de saúde: uma revisão integrativa. Rev Bio y Der [internet]. 2017 [citado el 11 de febrero 2018]; 40: 195-214. Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/>
- 78) Ribot Reyes V, García Pérez T. Calidad de Vida en pacientes esquizofrénicos tratados en atención primaria de salud. Rehabilitación Psicosocial [internet]. 2013 [citado el 15 de noviembre 2016]; 10 (1): 25-29. Disponible en: <http://www.fearp.org/revista/volumen10.php>
- 79) León Correa FJ. De la Bioética Clínica a una Bioética Institucional y Social. Rev. Latinoamericana de Bioética [internet]. 2009 ene-jun [citado el 15 de noviembre 2016]; 9 (1): 29. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/1270/127020308005/>
- 80) Ribot Reyes V. Auto-reconocimiento de derechos en personas con diagnóstico de enfermedad mental. Bioética. Revista del Centro de Bioética Juan Pablo II. 2017 enero-abril; 17(1): 15-25.
- 81) Novoa F. Código de Ética de la Sociedad de Neurología, Psiquiatria y Neurocirugía de Chile. Editorial. Rev Chil Neuro-Psiquiat [internet]. 2014 [citado el 3 de enero 2016]; 52 (3): 145-147. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272014000300001&script=sci_arttext&tlng=en
- 82) Cabral Ferreira M. Estigma e Saúde Mental. [Tesis] Universidade do Porto: Instituto de Ciencias Biomédicas Abel Salazar; 2017.
- 83) Esbec E, Echeburúa E. Violencia y esquizofrenia: un análisis clínico-forense. Anuario de Psicología Jurídica [internet]. 2016 [citado el 15 de abril 2017]; 26:70–9. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1133074016000027>

- 84)Climent S Coll-Florit M. La metáfora conceptual en el discurso psiquiátrico sobre la esquizofrenia. Ibérica [internet]. 2017 [citado el 11 de febrero 2018]; (34): 187-208. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=287053467009>
- 85)APA. Task Force on Electroconvulsive Therapy. Washington; 2001.
- 86)Rojas O. Confidencialidad en Psiquiatría. Rev. Med. Clin. CONDES [internet]. 2012 [citado el 4 de agosto 2013]; 23 (5): 636- 637. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012703590>
- 87)Ribot Reyes V, González Castillo AL, García Pérez T, Concepción Serradet A. Revisión sobre los derechos humanos en psiquiatría y bioética. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana [internet]. 2015 [citado el 23 de enero del 2017]; 12(1). Disponible en: <http://www.revistahph.sld.cu/2015/Nro%201/revision%20sobre%20los%20derechos%20humanos.html>
- 88)Leal M. Maltrato a las mujeres adultas mayores. [Tesis de terminación de Diplomado en “Violencia como problema de salud”]. FCM “Victoria de Girón”. Universidad Médica de La Habana; 2012.
- 89)Gutiérrez MH, Yanes DD, Peraza PPD, Santos TY, Rivera VE, Bello VR. Enfoque bioético a fomentar durante la especialización en Psiquiatría. EduMeCentro [internet]. 2017 [citado el 11 de febrero 2018]; 9 (4). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=75625>
- 90)Bacallao San Julián F, Matos Santos I. Consentimiento informado: Un puente hacia el cambio en la relación médico-paciente. Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular [internet]. 2012 [citado el 15 de abril 2017]; 18(1). Disponible en: <http://revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/48>
- 91)Villagrán JM, Lara- Ruiz Granados I, González-Saiz F. El Proceso de Decisión Compartida en el Tratamiento del Paciente Psiquiátrico: Estudios Empíricos y Evaluación de la Capacidad. Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría [internet]. 2014 [citado el 13 de abril 2016]; 34(123). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352014000300004&script=sci_arttext&tlng=en

- 92)Rovaletti ML. El saber clínico como saber antropológico: reflexiones en torno al pacto de cuidado. VERTEX. Rev. Arg. de Psiquiat. 2017; XXVIII: 23-9.
- 93)Grillo A. Hermenéutica y neuroética: Modelo para deliberación en dilemas éticos psiquiátricos. [internet] 11no Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. [citado el 11 de mayo 2013] 2010. Disponible en:
https://www.researchgate.net/profile/Arturo_G_Rillo/publication/228826202_Hermeneutica_y_neuroetica_Modelo_para_deliberacion_en_dilemas_eticos_psiquiatricos/links/02bfe5100b92677862000000.pdf
- 94)García Pérez T. Caracterización socio psicológica de la Violencia Intrafamiliar en la Ciudad de La Habana. [Informe Final Proyecto CITMA] FCM "Comandante Manuel Fajardo", Universidad Médica de La Habana; 2008.
- 95)Burgos JM. El personalismo ontológico moderno I. Arquitectónica. QUIÉN. 2015; (1): 9-27.
- 96)Ramos Pozón S. Bioética y cronicidad. Un intento de humanizar la asistencia sanitaria en salud mental. EIDON [internet]. 2017 jun [citado el 23 de enero del 2018]; 47:78-88. Disponible en:
<http://10.13184/eidon.47.2017.78-88>.
- 97)Stagnaro JC. Acerca de algunos factores condicionantes del abordaje bioético en psiquiatría. Revista de Neuro-Psiquiatría [internet]. 2013 [citado el 23 de enero del 2017]; 76(1): 19-31. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/html/3720/372036943004/>
- 98)Gías Gil B. Tratamiento ambulatorio involuntario en psiquiatría: una revisión desde la bioética. Rev. Bioética y Derecho [internet]. 2013 sept [citado el 11 de febrero 2015]; (29). Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872013000300012
- 99)Ortiz Rubio J. Discapacidad y Salud Mental. Bioética. Revista del Centro de Bioética Juan Pablo II. 2017 ene-abr; 17(1): 13-14.
- 100)Asociación Mundial de Psiquiatría. "Proposición y Puntos de Vista de sobre los Derechos y la Protección Legal de los Enfermos Mentales". Atenas; 1989.

- 101)González Menéndez R. Introducción. En: Regulaciones jurídicas, principios éticos y deontológicos de la salud mental en Cuba. Sociedad Cubana de Psiquiatría. La Habana; 2007.
- 102)Gil R. Estrategias comunitarias para la integración de los pacientes con síndrome de Down. [Conferencia] En: Memorias de la Jornada de Salud Mental Comunitaria de La Habana. [CD-ROM]; 2008.
- 103)González Quintana C. La relación médico-paciente o el sentido humano de la praxis sanitaria. Cuadernos del Centro de Bioética Juan Pablo II. 2017 Sept. Oct.; Suplemento:8-11.
- 104)Senon JL. Troubles psychiques et réponses pénales, Champ pénal, Responsabilité/Irresponsabilité pénale mis en ligne le 15 septembre 2005. [Monografía en Internet] Disponible en: <http://champpenal.revues.org/document77.html>
- 105)González Menéndez R. Acerca de las “HMS”. [Criterios de consultante luego de una supervisión de nivel nacional al HPH]. La Habana; 2016.
- 106)Sanz Morán AJ. La reforma del régimen legal de las medidas de corrección y seguridad. En: WAA. Estudios Penales en homenaje al profesor Cobo del Rosal. Madrid: Edit. Dykinson; 2005. p. 871- 82.
- 107)Pérez Ayala M. Estudio exploratorio-descriptivo sobre consideraciones bioéticas presentes en la intervención a personas con discapacidad psiquiátrica en los Hospitales de Día de la región del Maule. Acta Bioethica [internet] 2016 [citado el 11 de enero 2017]; 22 (2): 303-14. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2016000200017&script=sci_arttext
- 108)ONU. El derecho a la salud mental como una de las preocupaciones de las Naciones Unidas. Informe al Consejo de Derechos Humanos, 14 de febrero de 2005, E/CCN.4/2005/51. New York; 2005.
- 109)Arnaiz A, Uriarte JJ. Estigma y enfermedad mental. NORTE DE SALUD MENTAL [internet]. 2006 [citado el 22 de mayo 2009]; (26): 52. Disponible en: <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-norte/volumen-vi/revista-26/049-estigma-y-enfermedad-mental.pdf>
- 110)Pérez Álvarez C, Bosqued Molina L, Nebot Macías M, Guilabert Vidal M, Pérez Zaera J, Quintanilla López MA.

- Esquizofrenia en la prensa: ¿el estigma continúa? Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq [internet]. 2015 Oct-Dic [citado el 2 de febrero 2016]; 35(128). Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352015000400002&script=sci_arttext&tlng=3Des
- 111) Vaquero C, Escudero MA, Cebollero M, Ureña E, Saiz J. Enfermedad mental y estigma en jóvenes. Un estudio cualitativo. Rehabilitación Psicosocial [internet]. 2014 [citado 2 de febrero 2016]; 11(2): 1-8. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572014000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- 112) Harlem Brundtland G. Salud Mental en siglo XXI. Revista Futuros [internet] 2005 [citado el 22 de mayo 2009]; 11(3). Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/58006>
- 113) Aguilar Palacios A. Conceptualización y sensibilización sobre las personas con enfermedad mental. TOG (A Coruña) [internet]. 2014 [citado el 2 de febrero 2016]; 11(20): [17 p.]. Disponible en:
<http://www.revistatog.com/num20/pdfs/original1.pdf>
- 114) Izquierdo Sánchez B. Estudio sobre el estigma asociado a la enfermedad mental. [Tesis] Universidad de La Laguna. Tenerife; 2015.
- 115) Zaraza-Morales DR, Hernández-Holguín DM. Encerrado a oscuras: significado de vivir con esquizofrenia para diagnosticados y sus cuidadores, Medellín, Colombia. Aquichan [internet]. 2017 [citado el 11 de febrero 2018]; 17(3): 305-315. Disponible en: <http://10.5294/aqui.2017.17.3.7>
- 116) Fernández Liria A, Pérez Sales P. Instrumento para la valoración de la Competencia Intercultural en la atención en salud mental. Hacia la equidad en salud. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid; 2011.
- 117) Dirección Nacional de Estadísticas. MINSAP. Anuario Estadístico 2015.

- 118) Sarracent Sarracent A. Factores de riesgo para el suicidio consumado en La Habana. [Tesis Doctoral] FCM "Calixto García", Universidad Médica de La Habana; 2015.
- 119) López Téllez- Navarrete M. Las Casas de Orientación a la Mujer y la Familia como espacios de inclusión social. [Conferencia] Diplomado Violencia como problema de salud. FCM "Victoria de Girón", Universidad Médica de La Habana; 2013.
- 120) Pérez Ayala M. Claves éticas en el tratamiento clínico-comunitario de personas con esquizofrenia. Rev Bio y Der [internet]. 2017 [citado el 11 de febrero 2018]; 41: 171-86. Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/>
- 121) Luis González IP. Responsabilidad personal y autoresponsabilidad en salud. Consideraciones desde la ética de la salud pública. Bioética, Revista del Centro Juan Pablo II. 2016; 16(1): 19-27.
- 122) SSMO. Protocolo de Contención Física de pacientes con agitación psicomotora. Hospital Universitario Príncipe de Asturias; 2012.
- 123) UNESCO. The principle of respect for Human Vulnerability and Personal Integrity. Report of the International Bioethics Committee of UNESCO (IBC). París; 2013.p. 21-7.
- 124) EUROPEAN NETWORK OF (EX-) USERS AND SURVIVORS OF PSYCHIATRY. Congres of Vejle (Denmark). Report of Workshop. Human Rights/What is coercion in psychiatry and how to fight against it? Vejle, 17-21 July 2004. Disponible en: <http://www.enusp.org/congresses/vejle/reports/workshop8.htm>
- 125) Miraval Rojas EJ. Aspectos bioéticos del tratamiento de trastornos mentales con electroshock. Acta Méd. Peruana [internet] 2013 oct-dic [citado el 11 de enero 2017]; 30(4). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172013000400012&script=sci_arttext

- 126) Buccelli C, Di Lorenzo P, Paternoster M, D'Urso G, Graziano V, Niola M. Electroconvulsive Therapy in Italy: Will Public Controversies Ever Stop? Journal of ECT [internet] 2016 sept [citado el 11 de febrero 2018]; 32(3): 207-11. Disponible en: http://journals.lww.com/ectjournal/Abstract/2016/09000/Electroconvulsive_Therapy_in_Italy_Will_Public.13.aspx
- 127) Valverde Eizaguirre MA, Inchauspe Aróstegui JA. El encuentro entre el usuario y los servicios de salud mental: consideraciones éticas y clínicas. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría [internet]. 2017 [citado el 11 de febrero 2018]; 37(132). Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/17020>
- 128) Ribot Reyes VC, Castillo González AL, Alfonso Romero M, Ramos Arteaga ME, García Pérez TC. La Bioética como necesidad de aprendizaje en profesionales de la Salud Mental. [Ponencia en internet] II Conferencia de Educación Médica para el Siglo XXI. [citado el 27 de abril 2016] 2014. Disponible en: <http://www.conferenciasiglo21.sld.cu/index.php/conferenciasiglo21/2014/paper/viewPaper/232>
- 129) IESM. Informe de la Evaluación del Sistema de Salud Mental en Cuba a partir del Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la OMS. Cuba; 2011.
- 130) Muñoz Quezada MT, Lucero Mondaca BA. Aspectos legales y bioéticos de intervenciones e investigaciones en personas con discapacidad intelectual en Chile. Acta Bioeth [internet]. 2014 jun [citado el 11 de febrero 2017]; 20(1). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2014000100007&script=sci_arttext&tlng=pt
- 131) Sánchez Vásquez MJ, Blas Lahitte H, Ortis Oria V. Bioética y salud mental: reflexiones sobre la afección y la responsabilidad en la relación profesional-paciente. Revista Latinoamericana de Bioética [internet]. 2015 [citado el 14 de agosto 2017]; 2(29): 96-107. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1657-47022015000200008

- 132) Baon B, Santander F, Calcedo A, Seoane J, Morera B, Ventura T. Guía de Ética en la práctica médica. Conflictos éticos en Psiquiatría y Psicoterapia. Madrid: Ed. Complutense; 2013.
- 133) Mascayano Tapia F, Lips Castro W, Mena Poblete C, Manchego Soza C. Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. Salud Mental [internet]. 2015 Ene-Feb [citado el 11 de enero 2017]; 38(1). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252015000100008
- 134) Lemus Rodas R. Sensibilidad etnoterapéutica y fenomenología de las relaciones interétnicas. En: Memorias del congreso Psiquiatría, naturaleza y cultura. De lo singular a lo universal.[CD-ROM]México; 2009.
- 135) Fresán A, Robles R, Cota M, Berlanga C. et al. Actitudes de mujeres estudiantes de psicología hacia las personas con esquizofrenia: Relación con la percepción de agresividad y peligrosidad. Salud Mental [internet] 2012 [citado el 19 de abril 2016]; 35(3):215-223. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000300005
- 136) Valdés King M. Caracterización sociopsicológica del comportamiento violento en enfermos mentales. [Tesis de terminación de especialidad en Psiquiatría] FCM "Victoria de Girón", Universidad Médica de La Habana; 2013.
- 137) Funk M, Saraceno B. Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos. Editores Médicos, s.a. EDIMSA. 2005.
- 138) Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Código Deontológico del Psicólogo. Madrid; 2015.
- 139) Lolas Stepke F. Bioética, comunicación y equidad en salud. Cuadernos del Centro de Bioética Juan Pablo II. 2016 Nov.-Dic.; Suplemento: 1-4.

- 140) Caycho Bajonero LF. Derechos de las personas con discapacidad psiquiátrica rehabilitados con interdicción judicial. [Tesis de Grado]Facultad de Derecho y Ciencias Políticas. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú; 2007.
- 141) Muñoz M, Pérez Santos E, Crespo M, Guillén AI. Estigma y Enfermedad Mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Madrid: Edit. Complutense; 2009. p. 327.
- 142) Pedersen D. Estigma y exclusión social en la enfermedad mental: apuntes para el análisis e investigación. Rev. Psiq. y Salud Mental Hermilio Valdizan [internet]. 2005 ene-jun [citado el 6 de septiembre 2010]; VI (1). Disponible en:
https://www.researchgate.net/profile/Duncan_Pedersen/publication/281364699_Estigma_y_exclusion_en_la_enfermedad_mental_Apuntes_para_el_analisis_e_investigacion/links/5613df6508aec622440fd69a.pdf
- 143) López M, Laviana M, Fernández L, et al. La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq [internet]. 2008 [citado en 3 de junio 2016]; XXVIII (101): 43. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352008000100004
- 144) Villaseñor Bayardo SJ. Memorias del Congreso Psiquiatría, naturaleza y cultura. De lo singular a lo universal. [CD-ROM] Guadalajara, México; 2009.
- 145) Touriño R, Acosta FJ, Giráldez A, Álvarez J, González JM, Abelleira C. Riesgo suicida, desesperanza y depresión en pacientes con esquizofrenia y autoestigma. Actas Esp Psiquiatr [internet]. 2018 [citado el 14 de abril 2018];46(2):33-41. Disponible en:
<https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/20/112/ESP/20-112-ESP-33-41-571736.pdf>

- 146) Ramos Pozón S. Hechos y valores. Hacia una psiquiatría crítica. Carta al Editor. Rev. chil. neuro-psiquiatr [internet]. 2015 jun [citado en 3 de junio 2016]; 53(2). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-92272015000200009&script=sci_arttext&tlng=en
- 147) Ramos Monteagudo AM. Envejecimiento de la población en Cuba: logros vs desafíos. Archivo Médico de Camagüey [Internet]. 2016 [citado 12 sept 2016]; 20(4). Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/4371/2476>
- 148) Burlá C, Pessini L, Siqueira JE, Nunes R. Envelhecimento e doença de Alzheimer: reflexões sobre autonomia e o desafio do cuidado. Rev. bioét. (Impr.). 2014; 22 (1): 85-93.
- 149) Alonso Salgado C, et al. Trabajo Social y Psiquiatría transcultural en salud mental: Aplicación de casos comparativos Madrid- Piura. Facultad de Trabajo Social. Madrid: Universidad Complutense; 2015.

Anexo no. 1

LISTADO DE DERECHOS DEL PACIENTE MENTAL EN CUBA (Código deontológico de la Psiquiatría Cubana, publicado por el MINSAP en 1994).

1. Recibir en forma totalmente gratuita la más calificada atención en Salud Mental y otros servicios que se requieran sin discriminación alguna por razones de edad, sexo, raza, nacionalidad, ocupación, opinión política, ideología, creencias religiosas, procedencia cultural, preferencia sexual o cualquier otra causa.
2. Realizar en forma totalmente gratuita cualquier indicación de análisis, estudios radiográficos y otras investigaciones médicas.
3. Recibir un tratamiento individualizado según su problemática personal.
4. Optar por otra opinión de terceras partes en el caso de que el paciente o su familia lo requieran por tener alguna preocupación diagnóstica o terapéutica.
5. Ser adecuadamente informado de su diagnóstico y pronóstico evitándose yatrogenias.
6. Aceptar o rechazar cualquier examen que se realice con fines de investigación científica, exigiéndose para ello su consentimiento informado.
7. Ser informado del tratamiento propuesto, así como los resultados esperados y posibles efectos indeseables de los recursos terapéuticos y obtener el consentimiento informado en los casos de electroterapia y tratamiento con Disulfiram.
8. Disfrutar del mayor grado posible de privacidad durante su atención y que su historia clínica o cualquier otra información obtenida del paciente o sus familiares se mantengan bajo estricta confidencialidad.

Derechos del paciente mental en servicios ambulatorios

Además de los derechos generales enunciados, disfrutará del derecho a:

1. Recibir la más calificada atención ambulatoria y tener acceso gratuito a todas las modalidades asistenciales comunitarias.
2. Solicitar ser atendido por el profesional de salud mental de su preferencia dentro de las posibilidades del sistema regionalizado de salud.
3. Garantizar su seguimiento ambulatorio después del egreso o en condiciones de alta protegida luego de un proceso rehabilitatorio hospitalario.
4. Recibir las orientaciones y certificaciones pertinentes en los casos necesarios de

- reposo temporal o de valoración por las comisiones de peritaje laboral.
5. Solicitar ingreso y recibirlo en forma totalmente gratuita según lo estipulado.

Derechos del paciente mental hospitalizado en Cuba

Además de los derechos generales enunciados disfrutará del derecho a:

1. Recibir en forma totalmente gratuita la orientación legal que sea necesaria para afrontar cualquier problemática jurídica vinculada con la afección que determina su ingreso.
2. Ser tratado por el personal institucional, otros pacientes y sus acompañantes sin que su dignidad sea afectada por razones de edad, sexo, raza, nacionalidad, ocupación, opinión pública, ideología, creencia religiosa, procedencia cultural, preferencia sexual o alguna otra causa.
3. Profesar la religión de su elección si la tuviera.
4. Recibir la información que se difunda por los medios de comunicación.
5. Ser respetado en sus derechos civiles, políticos y socioculturales durante su hospitalización.
6. Disponer de un medio hospitalario adecuado en lo referente a seguridad, condiciones higiénico-sanitarias y trato humano.
7. Disfrutar del menor grado posible de restricciones según sus manifestaciones clínicas.
8. Ser atendido en salas abiertas y reunirse con quien desee.
9. Mantener la custodia de las pertenencias básicas para su recreación aseo y vestuario, así como disponer de dinero de bolsillo.
10. Utilizar el teléfono público y remitir o recibir correspondencia libremente.
11. Recibir visitas en los días y horas programadas y en casos especiales, en días y horas extraordinarias, según criterio médico.
12. Recibir información del personal que lo atiende en lo referente a nombre, cargo y perfil profesional, así como en cuanto a la evolución de su enfermedad y razones de su traslado a otros servicios o instituciones en caso de resultar necesario para su mejor atención.
13. Ser informado del tratamiento propuesto así como de los resultados esperados y posibles efectos indeseables de los recursos terapéuticos.
14. Disfrutar del mayor grado posible de privacidad en la institución.
15. No sufrir ningún tipo de abuso físico, mental o social y estar libre de todo vínculo sexual con los miembros del equipo de salud que lo atienden, lo que constituiría

también una forma de abuso.

16. Presentar quejas ante la comisión de ética, dirección del servicio o del hospital o ante otros niveles administrativos y jurídicos en caso de consideración necesario.
17. Recibir la remuneración correspondiente al trabajo que realice en función de su rehabilitación en instituciones especializadas.
18. Solicitar a los cuerpos de revisión la valoración de la admisión y la permanencia en la institución en los casos de ingresos compulsorios.

CLÁUSULA FINAL LIMITANTE

Los presentes derechos estarán sujetos a las limitaciones que sean necesarias para proteger la salud o el bienestar de la persona de que se trate o de otras personas, o para proteger la moral o los derechos y libertades básicas de otros.

NOTA COMPLEMENTARIA

Estos derechos serán revisados, modificados y enriquecidos, siempre que se considere necesario para ajustarse a las normas internacionales y a nuestras necesidades. Su difusión, estudio y enriquecimiento será responsabilidad del MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, mediante los procedimientos adecuados.

Anexo 2

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____, he sido convocado por la Dra. Victoria de la Caridad Ribot Reyes para participar en la investigación *Código deontológico para la observancia de los derechos de los enfermos mentales en Cuba*. Se me explicó que para llevar a cabo la misma se organizará un grupo en el cual se debatirá sobre los derechos de las personas que padecen enfermedades psiquiátricas. También puedo ser entrevistado o llenar una encuesta sobre este tema. Si me niego a participar, esto no tiene ninguna repercusión. Aunque ahora acceda, puedo abandonar el estudio cuando lo considere oportuno.

En el informe escrito y en las publicaciones que de él se deriven no puede aparecer información que comprometa mi anonimato.

Firma del participante

Firma del investigador

Fecha:

Hora:

Anexo no. 3

ENCUESTA A PSIQUIATRAS ACERCA DEL LISTADO DE DERECHOS DEL ENFERMO MENTAL EN CUBA

Edad____ Sexo____ Años de Experiencia como Especialista____

Nivel de Atención en el que labora: APS____ ASS____ ATS____

Categoría profesional: Especialista de I Grado____ de II Grado____

Categoría Docente: Instructor____ Asistente____ Auxiliar____ Titular____ Consultante____

No tiene Categoría Científica: Master____ Doctor en Ciencias Médicas____ Doctor en Ciencias Generales____

Categoría Investigador: Aspirante____ Agregado____ Auxiliar____ Titular____

Estimado colega:

En los años 80 se publicó el “Listado de Derechos del Enfermo Mental en Cuba”, estamos recabando su colaboración para que responda las preguntas que a continuación aparecen relacionadas con el mismo, con la finalidad de actualizarlo:

- 1) ¿Conocía Ud. el listado? SÍ____ NO____. En caso de respuesta negativa se le mostrara el listado anexo.
- 2) En su criterio el listado está: Actualizado____ Desactualizado____
- 3) En su criterio su divulgación es: Buena____ Regular____ Mala____
- 4) En su criterio: Se cumple en su totalidad____ No se cumple____ Se cumple parcialmente____
- 5) El derecho de autonomía: Debe respetarse siempre____ si tiene la capacidad para decidir y consentir____ No procede____
- 6) Acerca del consentimiento informado: Siempre posee capacidad de consentir____ Nunca posee la capacidad de consentir____ Sólo los pacientes neuróticos y psicopáticos poseen la capacidad____
- 7) El consentimiento sustituto puede ser otorgado por: padres o tutores____ cónyuge____ cualquier familiar____

- 8) El ingreso compulsorio es procedente si: existe riesgo heteroagresivo____
riesgo suicida____ con la opinión de 2 psiquiatras____ anuencia
familiar____ mandato judicial____
- 9) El principio de confidencialidad: siempre se respeta____ a veces no se
respeta ____ nunca se respeta____ debe respetarse siempre____
- 10) El derecho a ser respetado se cumple: siempre____ no siempre____ a
veces ____ casi siempre____ casi nunca ____
- 11) Los derechos laborales: siempre se respetan____ a veces se
respetan____ se respetan parcialmente____ casi nunca se respetan____
nunca se respetan ____
- 12) ¿Qué derechos debe tener el enfermo mental durante su ingreso?
- a) Alimentación adecuada y suficiente____
 - b) Higiene adecuada____
 - c) Seguridad____
 - d) Privacidad____
 - e) Información comprensible acerca de su enfermedad, estudios a
realizar, terapéutica y opciones de seguimiento____
 - f) Comunicación con familiares y amigos____
 - g) Asesoría legal____
 - h) Posibilidad de establecer quejas si no recibe trato adecuado____
 - i) Profesar su religión de pertenencia____
 - j) Otro.
- Especifique_____
-
- 13) ¿Considera Ud. que las instalaciones dedicadas a la atención a los
enfermos mentales poseen una adecuada calidad? SI____ NO____
- 14) Señale cualquier otro derecho que no aparezca en el listado vigente
o en los más arriba
señalados_____

Anexo no. 4

ENCUESTA A: PACIENTES_____ Y FAMILIARES_____

Edad: _____ Sexo_____ Diagnóstico: _____

Años de evolución_____

Ocupación: _____

En caso de familiares, señale el parentesco: _____

Estimado paciente (o familiar), esta encuesta se relaciona con la existencia en nuestro país de un “Listado de Derechos del Enfermo Mental”, al respecto le pedimos responda las siguientes preguntas, con el fin de actualizarlo en pro de una mejor calidad de la atención que brindamos:

- 1) ¿Conocía Ud. el listado? SÍ___ NO___. En caso de respuesta negativa se le mostrara el listado anexo.
- 2) En su criterio el listado está: Actualizado_____ Desactualizado_____
- 3) En su criterio su divulgación es: Buena_____ Regular_____ Mala_____
- 4) En su criterio: Se cumple en su totalidad_____ No se cumple _____ Se cumple parcialmente_____
- 5) El derecho de autonomía: Debe respetarse siempre_____ si tiene la capacidad para decidir y consentir_____ No procede_____
- 6) Tanto el paciente como sus familiares deben tener derecho a segundas opiniones profesionales acerca de su enfermedad, tratamiento, evolución y pronóstico: SÍ___NO__
- 7) El derecho a la privacidad del paciente ingresado: se respeta___ no se respeta_____
- 8) El principio de confidencialidad: siempre se respeta___ a veces no se respeta _____ nunca se respeta_____ debe respetarse siempre_____

- 9) ¿Existen manifestaciones de discriminación social hacia el enfermo mental?: SÍ__NO__
- 10) ¿Existen manifestaciones de discriminación laboral hacia el enfermo mental?: SÍ__NO__
- 11) ¿Considera Ud. que las instalaciones dedicadas a la atención a los enfermos mentales poseen una adecuada calidad? SÍ__ NO__
- 12) ¿Qué derechos debe tener el enfermo mental durante su ingreso?
- k) Alimentación adecuada y suficiente____
 - l) Higiene adecuada____
 - m) Seguridad____
 - n) Privacidad____
 - o) Información comprensible acerca de su enfermedad, estudios a realizar, terapéutica y opciones de seguimiento____
 - p) Comunicación con familiares y amigos____
 - q) Asesoría legal____
 - r) Posibilidad de establecer quejas si no recibe trato adecuado____
 - s) Profesar su religión de pertenencia____
 - t) Otro.
- Especifique_____
-
- Señale cualquier otro derecho que no aparezca en el listado vigente o en los más arriba señalados_____

GUÍA PARA LAS ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD

Estimado paciente (o familiar) durante la aplicación de la encuesta que tan amablemente consintió en responder se tocaron algunos aspectos en los que resultaría de gran utilidad profundizar para mejorar la manera en que son tratadas las personas que tienen o han tenido algún tipo de alteración de tipo psicopatológica. A continuación le rogamos nos amplíe los siguientes aspectos, según sus vivencias y criterios personales:

- 1) Respeto a la autonomía del paciente con trastornos nerviosos.
- 2) Percepción acerca del respeto a la privacidad.
- 3) Percepción acerca del respeto a la confidencialidad.
- 4) Criterios acerca del derecho a solicitar segundas opiniones.
- 5) Percepciones acerca de la discriminación social sufrida por pacientes con trastornos nerviosos.
- 6) Percepciones acerca de la discriminación laboral sufrida por pacientes con trastornos nerviosos.

Anexo no. 6

TABLAS

Tabla No. 1. Características sociodemográficas de los psiquiatras encuestados

EDAD	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO (N 111)		MASCULINO (N 49)			
	No.	%	No.	%	No.	%
<35	7	6.30	5	10.20	12	7.5
35-44	18	16.21	6	12.24	24	15
45-54	45	40.54	16	32.65	61	38.12
55-64	32	28.82	12	24.48	44	27.5
≥ 65	9	8.10	10	20.40	19	11.87
TOTAL (N 160)	111	69.38	49	30.63	160	100

Fuente: base de datos

Tabla No. 2. Caracterización profesional de los psiquiatras encuestados.

AÑOS COMO ESPECIALISTA	CATEGORÍA PROFESIONAL				TOTAL	
	1ER GRADO (N 124)		2DO GRADO (N 36)			
	No.	%	No.	%	No.	%
<5	17	13.7	0	0	17	10.62
5 A 9	17	13.7	0	0	17	10.62
10 A 14	10	8.06	1	2.7	11	6.87
15 A 19	30	24.19	3	8.33	33	20.62
20 A 24	22	17.74	3	8.33	25	15.62
25 A 29	20	16.12	10	27.77	30	18.75
≥ 30	8	6.45	19	52.77	27	16.87
TOTAL	124	77.5	36	22.5	160	100

Fuente: base de datos

Tabla No. 3. Caracterización científico- docente de los psiquiatras encuestados

CATEGORÍA DOCENTE	GRADO CIENTÍFICO							
	DR. EN CIENCIAS (9)		MASTER (75)		NO (76)		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
INSTRUCTOR	0	0	3	4	4	5.26	7	4.37
ASISTENTE	0	0	31	41.3	7	9.21	38	23.75
AUXILIAR	4	44.4	23	30.7	5	6.57	32	20
TITULAR	5	55.6	0	0	0	0	5	3.12
NO	0	0	18	24	60	78.94	78	48.75
TOTAL	9	5.63	75	46.9	76	47.5	160	100

Fuente: base de datos

Tabla No. 4. Categoría investigativa y desempeño profesional de los psiquiatras
encuestados

CATEGORÍA INVESTIGATIVA	DESEMPEÑO PROFESIONAL									
	AT. PRIMARIA		AT. SECUNDARIA		AT. TERCIARIA		DOCENCIA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
ASPIRANTE	1	1.16	0	0	1	5.88	0	0	2	1.25
AUXILIAR	1	1.16	7	12.96	0	0	3	100	11	6.87
AGREGADO	3	3.48	0	0	1	5.88	0	0	4	2.5
TITULAR	0	0	2	3.7	1	5.88	0	0	3	1.87
NO	81	94.18	45	83.33	14	82.35	0	0	140	87.5
TOTAL	86	53.75	54	33.75	17	10.63	3	1.88	160	100

Fuente: base de datos

Tabla No. 5. Distribución según conocimiento previo del listado y criterio acerca de su
divulgación.

CONOCIMIENTO PREVIO	DIVULGACIÓN							
	BUENA		REGULAR (N 34)		MALA (N 126)		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SI	0	0	31	91.17	78	61.90	109	68.12
NO	0	0	3	8.82	48	38.09	51	31.87
TOTAL	0	0	34	21.25	126	78.75	160	100

Fuente: base de datos

Tabla No. 6. Distribución según criterios de actualidad y cumplimiento emitidos por los psiquiatras.

CUMPLIMIENTO	ACTUALIDAD					
	ACTUALIZADO		DESACTUALIZADO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
TOTALMENTE	0	0	0	0	0	0
PARCIALMENTE	0	0	85	53.12	85	53.12
NO SE CUMPLE	0	0	75	46.87	75	46.87
TOTAL	0	0	160	100	160	100

Fuente: base de datos

Tabla No. 7. Distribución de los psiquiatras según criterios en relación con el respeto al derecho de autonomía del paciente con trastornos mentales y/o del comportamiento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO	DERECHO DE AUTONOMÍA							
	SIEMPRE (68)		CON CAPACIDAD (81)		NO PROCEDE (11)		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SE TOMA SIEMPRE	64	94.1	0	0	0	0	64	40
NUNCA SE TOMA	0	0	0	0	7	63.63	7	4.37
EN PTES NEURÓTICOS Y PSICÓPATAS	4	5.88	81	100	4	36.36	89	55.62
TOTAL	68	42.5	81	50.63	11	6.88	160	100

Fuente: base de datos

Tabla No. 8. Distribución de los psiquiatras según criterios de competencia familiar para otorgar consentimiento sustituto.

CONSENTIMIENTO SUSTITUTO	No.	%
PADRES O HIJOS	69	43.13
CONYUGUE	46	28.75
CUALQUIER FAMILIAR	45	28.13
TOTAL	160	100

Fuente: base de datos

Tabla No.9. Distribución de los psiquiatras según criterios de condicionantes para un ingreso compulsorio.

CONDICIONES PARA INGRESO COMPULSORIO	No.	%
RIESGO HETERO AGRESIVO	149	93.12
RIESGO SUICIDA	129	80.62
OPINION DE DOS PSIQUIATRAS	83	51.87
OPINION DE TRES PSIQUIATRAS	22	13.75
ANUENCIA FAMILIAR	49	30.62
INDEPENDIENTEMENTE DE CRITERIO FAMILIAR	21	13.12
MANDATO JUDICIAL	19	11.87
LEGALIZADO ANTE CUERPO LEGAL	8	5.00

Fuente: base de datos

Nota: posibilidad de respuestas múltiples

Tabla No. 10. Distribución de los psiquiatras según criterios acerca del respeto a la persona del paciente y a la confidencialidad en la práctica de la Psiquiatría en Cuba.

RESPECTO	CONFIDENCIALIDAD							
	A VECES NO SE RESPETA (N 73)		DEBE SER RESPETADA SIEMPRE (N 85)		NUNCA SE RESPETA (N 2)		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SIEMPRE	1	1.36	1	1.17	0	0	2	1.25
A VECES	9	12.32	12	14.11	1	50	22	13.75
CASI SIEMPRE	3	4.10	5	5.88	1	50	9	5.62
CASI NUNCA	12	16.43	19	22.35	0	0	31	19.37
NO SIEMPRE	48	65.75	48	56.47	0	0	96	60
TOTAL (N 160)	73	45.63	85	53.13	2	1.25	160	100

Fuente: base de datos

Tabla No. 11. Distribución según criterios de los psiquiatras acerca del respeto a los derechos laborales de los pacientes con trastornos mentales y/o del comportamiento.

RESPECTO A LOS DERECHOS LABORALES	No.	%
A VECES	32	20.00
PARCIALMENTE	39	24.38
CASI NUNCA	86	53.75
NUNCA	3	1.88
TOTAL	160	100

Fuente: base de datos

Tabla No. 12. Distribución según criterios de los psiquiatras acerca de los derechos que deben garantizarse al ingresar un paciente en un servicio de Psiquiatría.

DERECHOS AL INGRESO	No.	%
REALIZACION DE TODOS LOS ESTUDIOS NECESARIOS PARA ARRIBAR A DIAGNOSTICO	145	90.62
TRATAMIENTO AJUSTADO A SU DOLENCIA	140	87.5
ALIMENTACION ADECUADA Y SUFICIENTE	135	84.38
HIGIENE PERSONAL Y DE LAS INSTALACIONES	84	52.50
PRIVACIDAD	67	41.88
SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES Y DE SUS PERTENENCIAS	64	40.00
INFORMACION COMPRENSIBLE ACERCA DE SU ENFERMEDAD, ESTUDIOS A REALIZAR, TERAPEUTICA Y OPCIONES DE SEGUIMIENTO	55	34.38
ASESORIA LEGAL	28	17.50
COMUNICACIÓN CON SU FAMILIA Y AMIGOS	20	12.50
PROFESAR SU RELIGION DE PERTENENCIA	17	10.63
ESTABLECER QUEJAS CONTRA EL PERSONAL A CARGO DE SU ATENCION	8	5.00

Fuente: base de datos

Tabla No. 13. Distribución de los pacientes encuestados según edad y sexo.

EDAD	SEXO					
	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
18-24	1	0.52	2	0.64	3	0.6
25-34	12	6.31	19	6.12	31	6.2
35-44	25	13.15	48	15.48	73	14.6
45-54	59	31.05	99	31.93	158	31.6
55-64	40	21.05	81	26.12	121	24.2
≥ 65	53	27.89	61	19.67	114	22.8
TOTAL	190	38	310	62	500	100

Fuente: encuestas

Tabla No. 14. Distribución según ocupación y percepción de discriminación social de los pacientes encuestados.

OCUPACIÓN	DISCRIMINACIÓN SOCIAL							
	SÍ (417)		NO (12)		A VECES (71)		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Ama de casa	90	21.58	6	50	28	39.43	124	24.8
Cuenta propista	79	18.94	0	0	19	26.76	98	19.6
Desvinculado(a)	83	19.9	3	25	1	1.4	87	17.4
Peritado(a)	66	15.82	2	16.66	11	15.49	79	15.8
Trabajador estatal	35	8.39	1	8.33	11	15.49	47	9.4
Asistenciado (a)	44	10.55	0	0	1	1.49	45	9
Jubilado(a)	18	4.31	0	0	0	0	18	3.6
Sancionado	1	0.23	0	0	0	0	1	0.2
Estudiante	1	0.23	0	0	0	0	1	0.2
TOTAL	417	83.4	12	2.2	71	14.2	500	100

Fuente: base de datos

Tabla No. 15. Distribución según ocupación y percepción de discriminación laboral de los pacientes encuestados.

OCUPACIÓN	DISCRIMINACIÓN LABORAL							
	SÍ (429)		NO (0)		A VECES (71)		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Ama de casa	96	22.37	0	0	28	39.43	124	24.8
Cuenta propista	79	18.41	0	0	19	26.76	98	19.6
Desvinculado(a)	86	20.04	0	0	1	1.40	87	17.4
Peritado(a)	68	15.85	0	0	11	15.49	79	15.8
Trabajador estatal	30	6.99	0	0	17	23.94	47	9.4
Asistenciado(a)	44	10.25	0	0	1	1.40	45	9
Jubilado(a)	18	4.19	0	0	0	0	18	3.6
Sancionado	1	0.23	0	0	0	0	1	0.2
Estudiante	1	0.23	0	0	0	0	1	0.2
TOTAL	429	85.8	0	0	71	14.2	500	100

Fuente: base de datos

Tabla No. 16. Distribución de los pacientes encuestados según diagnóstico
psicopatológico y años de evolución.

Diagnóstico	Años de Evolución														TOTAL	
	≤4		5 a 9		10 a 14		15 a 24		25 a 34		35 a 43		44 y +			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Esquizofrenia paranoide	10	35.7	5	9.8	26	33.7	36	31.3	37	32.5	21	30.4	20	43.4	155	31
Trastorno depresivo	0	0	20	39.2	15	19.4	13	11.3	12	10.5	9	13.0 4	2	4.34	71	14.2
TBP	0	0	10	19.6	14	18.2	16	13.9	15	13.2	5	7.24	4	8.69	64	12.8
Psicosis orgánica	12	42.8	3	5.8	9	11.7	11	9.56	13	11.4	15	21.7	0	0	63	12.6
Alcoholismo	2	7.14	2	3.9	5	6.49	21	18.3	16	14.0 3	4	5.79	1	2.17	51	10.2
Trastorno disociativo	0	0	9	17.6	7	9.09	10	8.69	9	7.89	5	7.24	0	0	40	8
Esquizofrenia residual	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1.75	1	1.44	16	34.7	19	3.8
RML	0	0	1	1.96	1	1.29	4	3.47	5	4.38	6	8.69	1	2.17	18	3.6
Esquizofrenia afectiva	3	10.7	0	0	0	0	3	2.6	2	1.75	3	4.34	0	0	11	2.2
Paranoia	0	0	0	0	0	0	1	0.86	3	2.63	0	0	1	2.17	5	1
Esquizofrenia indiferenciada	0	0	1	1.96	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.17	2	0.4
Esquizofrenia simple	1	3.57	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0.2
Total	28	5.6	51	10.2	77	15.4	115	23	114	22.8	69	13.8	46	9.2	500	100

Fuente: base de datos

Tabla No. 17. Distribución de los pacientes encuestados según conocimiento previo del listado de sus derechos y criterios acerca de su divulgación.

CONOCIMIENTO PREVIO	DIVULGACION							
	BUENA		REGULAR		MALA		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SI	1	100	19	86.36	10	2.09	30	6
NO	0	0	3	13.63	467	97.9	470	94
TOTAL	1	0.2	22	4.4	477	95.4	500	100

Fuente: base de datos

Tabla No. 18. Distribución de los pacientes según su criterio acerca del grado de cumplimiento del actual listado de derechos del enfermo mental en Cuba.

CUMPLIMIENTO	No.	%
TOTALMENTE	0	0
PARCIALMENTE	336	67.2
NO SE CUMPLE EN ABSOLUTO	164	32.8
TOTAL	500	100

Fuente: base de datos

Tabla No. 19. Distribución de los pacientes según su percepción acerca del respeto que se le da a su privacidad y a su derecho a la autonomía.

DERECHO DE AUTONOMÍA	RESPECTO A PRIVACIDAD					
	SI (46)		NO (454)		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
SIEMPRE	41	89.13	342	75.33	383	76.6
CON CAPACIDAD	5	10.86	112	24.66	117	23.4
TOTAL	46	9.2	454	90.8	500	100

Fuente: base de datos

Tabla No. 20. Distribución de los pacientes encuestados según su percepción acerca del respeto a la confidencialidad.

RESPECTO A LA CONFIDENCIALIDAD	No.	%
DEBE RESPETARSE SIEMPRE	255	51
NUNCA SE RESPETA	144	28.8
A VECES SE RESPETA	101	20.2
TOTAL	500	100

Fuente: base de datos

Tabla No. 21. Distribución de los pacientes según criterios acerca del derecho a solicitar segundas opiniones en relación a su diagnóstico y/o tratamiento.

DIAGNÓSTICO	DERECHO SEGUNDA OPINIÓN	
	SI	NO
Esquizofrenia paranoide	155	0
Trastorno depresivo	71	0
TBP	64	0
Psicosis orgánica	63	0
Alcoholismo	51	0
Trastorno disociativo	40	0
Esquizofrenia residual	19	0
RML	18	0
Esquizofrenia afectiva	11	0
Paranoia	5	0
Esquizofrenia indiferenciada	2	0
Esquizofrenia simple	1	0
Total	500	0

Fuente: base de datos

Tabla No. 22. Distribución de los familiares encuestados según edad y sexo.

EDAD	SEXO					
	FEMENINO(216)		MASCULINO (144)		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
18-24	21	9.72	14	9.72	35	9.72
25-34	32	14.8	35	24.3	67	18.6
35-44	36	16.6	27	18.75	63	17.5
45-54	26	12.03	19	13.19	45	12.5
55-64	36	16.6	18	12.5	54	15
≥ 65	65	30.09	31	21.5	96	26.6
TOTAL	216	60	144	40	360	100

Fuente: base de datos

Tabla No. 23. Distribución de los familiares encuestados según parentesco con el paciente y criterio acerca del derecho a solicitar segundas opiniones.

PARENTEZCO	DERECHO A SEGUNDAS OPINIONES			
	SÍ		NO	
	No.	%	No.	%
MADRE (N 77)	77	100	0	0
PADRE (N 70)	70	100	0	0
HIJO(A) (N 65)	65	100	0	0
HNO(A) (N 45)	45	100	0	0
ESPOSO(A) (N 43)	43	100	0	0
SOBRINO(A) (N 23)	23	100	0	0
NIETO(A) (N 20)	20	100	0	0
TIO(A) (N 5)	5	100	0	0
SOBRINO-NIETO (N 5)	5	100	0	0
PRIMO(A) (N 3)	3	100	0	0
ABUELO(A) (N 2)	2	100	0	0
AHIJADA (N 2)	2	100	0	0
TOTAL	360	100	0	0

Fuente: encuestas

Tabla No. 24. Distribución de los familiares según conocimiento previo del listado y criterios acerca de su divulgación.

CONOCIMIENTO	DIVULGACIÓN							
	BUENA		REGULAR (65)		MALA (295)		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SI	0	0	65	100	7	2.37	72	20
NO	0	0	0	0	288	97.62	288	80
TOTAL	0	0	65	18.06	295	81.94	360	100

Fuente: base de datos

Tabla No. 25. Distribución de los familiares según criterios acerca del grado de cumplimiento del actual listado de derechos del enfermo mental en Cuba.

CUMPLIMIENTO	No.	%
SE CUMPLE TOTALMENTE	0	0
SE CUMPLE PARCIALMENTE	243	67.5
NO SE CUMPLE EN ABSOLUTO	117	32.5

Fuente: base de datos

Tabla No. 26. Distribución de los familiares según criterios acerca del respeto a la privacidad y al derecho a la autonomía de sus familiares enfermos.

DERECHO A AUTONOMIA	RESPECTO A PRIVACIDAD					
	SI (58)		NO (302)		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
SIEMPRE	11	18.96	117	38.74	128	35.55
CON CAPACIDAD	47	81.03	185	61.25	232	64.44
TOTAL	58	16.11	302	83.89	360	100

Fuente: base de datos

Tabla No. 27. Distribución de los familiares según criterios acerca del respeto a la confidencialidad en el manejo de sus familiares enfermos.

RESPECTO A LA CONFIDENCIALIDAD	No.	%
A VECES SE RESPETA	14	3.89
DEBE RESPETARSE SIEMPRE	257	71.39
NUNCA SE RESPETA	89	24.72

Fuente: base de datos

AVAL DEL GRUPO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA

AVAL

Después de haber revisado cuidadosamente la propuesta de **Listado de Derechos del Enfermo Mental**, surgida a partir de la investigación doctoral de la Dra. MsC Victoria de la Caridad Ribot Reyes, comprobamos que ha tenido en cuenta los criterios de pacientes, familiares y psiquiatras, de las tres regiones del país, pues se incluyeron las consideraciones que aparecen en las relatorías de los talleres efectuados para su discusión en La Habana, Artemisa y Santic Spiritus, así como las que emanaron de las encuestas aplicadas en estos territorios más Holguín y la Isla de la Juventud, habiendo sido sometido al análisis de los expertos que integran el Grupo Nacional de Psiquiatría, en su condición de asesores del Ministerio de Salud Pública para los asuntos relacionados con la especialidad, la proponente incluyó las recomendaciones que se le realizaron, por lo que damos fe de que se apega a las necesidades actuales de pacientes, familiares y profesionales intervinientes en la atención a los enfermos mentales y a las más contemporáneas exigencias de la Bioética Clínica, argumento que sustenta el presente AVAL para que pueda ser presentado como aporte a nuestra área del conocimiento, en opción del Grado Científico de Doctor en Ciencias Médicas.

Dado en La Habana, a los 30 días del mes de Junio de 2017,

Dra. MsC Annia Duany Navarro

Jefa del Grupo de Expertos Asesores del MINSAP para Psiquiatría y Salud Mental