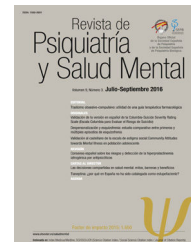




Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



CARTAS AL DIRECTOR

Person centered-care y recovery: ¿pueden servir para alcanzar una asistencia sanitaria más humana?



Person centered-care and recovery: Could it be used for obtaining a humanized health care?

Sr. Director:

La actual psiquiatría parece estar enfocada más en los datos objetivables que en las vivencias y experiencias subjetivas de los pacientes. En ocasiones, se centra en la sintomatología y olvida que tratamos con personas con problemáticas. Por eso, constantemente se solicita un cambio de paradigma que vaya del «enfermo» a la «persona». Sin pretensión de obviar y descalificar al modelo biomédico y reduccionista, sino simplemente con el objetivo de incorporar temáticas adicionales para entender y comprender mejor a las personas con problemas de salud mental, analizaremos 2 conceptos, a saber: *person centered-care* y *recovery*.

En efecto, debido a esa petición de cambio de paradigma, han comenzado a reivindicarse enfoques centrados en la persona, *person centered-care*, y enfatizar así las necesidades y deseos de la persona más que las cuestiones médicas o clínicas. Aunque se trata de un concepto difícil de definir y es complicado especificar qué variables debería contener, algunos autores han querido delimitarlo y definirlo para poder llevarlo a la praxis médica¹⁻³, e incluso incorporarlo al campo de la salud mental. Para ello, se han presentado unos fundamentos específicos⁴:

1. Ha de ser un constructo multidimensional.
2. Tiene que estar focalizado en la persona.
3. Ha de ser conducido por la propia persona, de modo que el consentimiento informado resulta imprescindible para cualquier acto clínico.
4. La persona ha de tener derecho a anticipar sus decisiones en relación con las cuestiones sobre su salud.
5. Hay que concebirlo como un enfoque contextualizado en la historia y circunstancias de la persona.

Un buen ejemplo de su aplicabilidad, y con buenos resultados clínicos, lo podemos hallar en personas con demencias, como es el caso del modelo *VIPS* –valores, individualizado, perspectiva y social– propuesto por Brooker⁵:

- Valores que reivindican el valor absoluto de toda vida humana.
- Enfoque individualizado que reconoce la singularidad de la persona.
- Interpretar el mundo desde la perspectiva de la persona.
- Proporcionar un marco social que satisfaga las necesidades psicológicas.

Ahora bien, resulta sensato considerar que si ponemos la atención en la persona debemos reflexionar sobre cuál es la finalidad de la praxis psiquiátrica, pues el eje de atención ya no son tanto las variables biomédicas, sino también –y en gran medida– qué deseos, valores, etc., tiene el paciente en relación con su situación clínica. Esto nos permitirá un mayor respeto por la persona y una mejor comprensión de la situación.

Teniendo en cuenta que una parte de los pacientes con trastornos mentales tienen pluripatología, que son personas vulnerables, dependientes y con necesidades biopsicosociales, y con limitaciones en su funcionamiento (dificultades en su vida cotidiana, en las relaciones interpersonales, etc.), quizás valga la pena incorporar, como un elemento más a valorar en los planes de cuidado, el concepto *recovery* para considerar qué es lo más valorado por estos pacientes⁶. La finalidad reside, pues, en conocer y valorar la manera de entender la vida de las personas con enfermedades mentales que han de convivir con su propia enfermedad⁷.

Leamy et al.⁶ han propuesto un marco teórico-práctico que engloba ese concepto enmarcándolo en 5 categorías: 1) satisfacción (en las relaciones interpersonales y en el papel que tienen en la comunidad); 2) esperanza y optimismo hacia el futuro; 3) identidad (reconstrucción del yo y superación del estigma); 4) significado de su vida (calidad de vida, roles, etc.), y 5) empoderamiento.

Todos estos componentes denotan la reivindicación de centrarnos más en la reinserción y la autoestima de la persona que en la reducción de la sintomatología psiquiátrica únicamente. Hemos de procurar dotarles de una vida de calidad, una vida digna de ser llevada, en la que los valores de la persona sean los pilares de la atención sanitaria. Huelga decir que para conocer con mayor profundidad este concepto es preciso preguntar a los propios pacientes qué entienden por *recuperación*⁸. Esto puede darse adoptando modelos centrados en las personas, en procurar tomar decisiones compartidas⁹ o incluso que puedan anticipar sus decisiones sobre cualquier asunto relacionado con su salud¹⁰.

Se trata, en definitiva, de aspirar a una asistencia sanitaria más humana, de calidad, basándonos también en cuestiones éticas que orienten el proceso asistencial. Que aluda a las cuestiones biomédicas, sin olvidar los valores y deseos de las personas. Que cure –o intente curar– a las personas, pero que también las cuide.

Bibliografía

1. Jakovljević M, Ostojić L. Person-centered medicine and good clinical practice: Disease has to be cured, but the patient has to be healed. *JT Psychiatr Danub*. 2015;27 Suppl 2: S546–9.
2. Lusk J, Fater K. A concept analysis of patient-centered care. *Nurs Forum*. 2013;48:89–98.
3. The American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care. Person-centered care: A definition and essential elements. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64:15–8.
4. Rudnick A, David R. Foundations and ethics of person-centered approaches to serious mental illness. En: Rudnick A, Roe D, editores. *Serious mental illness: Person-centered approaches*. London: Radcliffe Publishing; 2011. p. 8–18.
5. Brooker D. Atención centrada en la persona con demencia. *Mejorando recursos*. Barcelona: Ediciones Octaedro; 2013.
6. Leamy M, Bird V, Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry*. 2011;199:445–52.
7. Turner J, Wallcraft J. The recovery vision for mental health services and research: A British perspective. *Psychiatr Rehabil J*. 2002;25:245–54.
8. Drake R, Whitley R. Recovery and severe mental illness: Description and analysis. *Can J Psychiatry*. 2014;59:236–42.
9. Ramos S. Las decisiones compartidas en salud mental: mitos, barreras y beneficios. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2016;9: 175–6.
10. Ramos S. Las voluntades anticipadas en salud mental: hechos y valores. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2015;8:244–5.

Sergio Ramos Pozón

Departamento de Filología Hispánica, Facultad de Filología, Universidad de Barcelona, Barcelona, España
Correo electrónico: sergioramos@ub.edu

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.02.002>
1888-9891/

© 2017 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Valoración de la capacidad de toma de decisiones en investigación: cuándo, cómo y por qué realizarla



Assessment of decision-making capacity for research participation: When, how and why to do it

Sr Director:

El Consentimiento Informado (CI) en investigación es el proceso mediante el cual una persona, de manera libre e informada, toma la decisión de participar o no en un estudio. Para que el consentimiento sea válido, el sujeto debe tener capacidad para tomar esa decisión, recibir una información suficiente y adaptada a su nivel de comprensión y tomar la decisión de forma voluntaria. Las legislaciones nacionales e internacionales establecen el CI como requisito básico de garantía para el ejercicio de la autonomía en las decisiones de las personas y para la protección de los sujetos vulnerables que podrían requerir garantías especiales para proteger sus derechos¹. En España, no existen directrices claras en torno a quién debe evaluar la capacidad de toma de decisiones de los pacientes o cómo debe llevarse a cabo dicha evaluación. Las leyes españolas sobre el CI en investigación biomédica tratan sobre capacidad de toma de decisiones e indican aquellas situaciones en las que está limitada, sin especificar cómo debe evaluarse². La legislación hace hincapié en la necesidad de justificar la inclusión de «poblaciones vulnerables» en investigación, sin especificar claramente quiénes son³. Aunque existen poblaciones que

potencialmente se podrían considerar así porque su capacidad de decisión puede fluctuar con el curso de la enfermedad, la diferencia entre poblaciones vulnerables y no vulnerables no está clara. La mayor parte de investigación se ha centrado en personas con patología mental o cognitiva sin aportar resultados concluyentes⁴. Según diversos estudios, hasta un 5-10% de las personas sin un trastorno psiquiátrico o cognitivo pueden tener limitada su capacidad de decisión, y dentro de la población con trastorno mental, existe una gran heterogeneidad en los niveles de capacidad de decisión⁵.

Se deben sopesar estas cuestiones para evitar reclutar de forma inapropiada a individuos en ensayos clínicos de alto riesgo, cuando no comprenden adecuadamente la naturaleza de los procedimientos que están consintiendo. Por otro lado, existe también el riesgo de asumir que la capacidad de decisión en ciertos pacientes en virtud de su diagnóstico está siempre dañada, lo que podría tener importantes consecuencias en limitar la investigación en sus enfermedades, y supondría una forma estereotípica de considerar su capacidad de decisión.

Por otra parte, la creciente importancia de los trámites normativos, junto con métodos de investigación cada vez más complejos, ha dado lugar a documentos de CI cada vez más largos que son a menudo muy técnicos y difíciles de entender. La bibliografía disponible sugiere que un porcentaje de los posibles participantes en una investigación carece de una capacidad de decisión adecuada, y además, incluso entre aquellos que sí tienen esa capacidad, hay algunos cuya comprensión de la información del CI es menor de la deseable⁴.

Estas dificultades resaltan la necesidad de valorar de forma individualizada la capacidad de los sujetos para tomar decisiones. A lo largo de los últimos 20 años, debido al