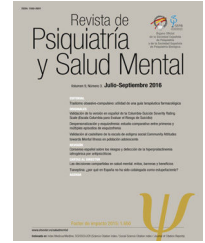




Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



CARTA AL DIRECTOR

La Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad: los efectos del debate



United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities: The effects of the debate

Sr. Director:

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad¹ es un instrumento aprobado por Naciones Unidas en 2006 que pretende constituir un cambio de paradigma en la concepción de la discapacidad, transitando de un modelo médico de capacidad/incapacidad a un modelo social basado en apoyos y fundamentado en derechos humanos. España firmó y ratificó esta convención en 2008, por lo que este cuerpo normativo forma parte de nuestro ordenamiento jurídico. El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad es el órgano encargado de la supervisión de la aplicación de la convención que, en el año 2014, realizó una interpretación de los artículos 12 (igual reconocimiento de personas ante la ley)² y 14 (libertad y seguridad de la persona) que han sido objeto de discusión.

El debate, espejo de la dimensión política ineludible de nuestro quehacer clínico, ha ido asomando en diferentes espacios (volúmenes de revistas académicas, comités de bioética nacionales e internacionales, asociaciones de profesionales y usuarios, gobiernos de algunos estados). El último órgano en manifestar su posición ha sido la Sociedad Española de Psiquiatría³.

Haciendo un recorrido por esta problematización, los debates se han centrado hasta ahora principalmente en las interpretaciones del comité sobre los artículos de la convención, que a su vez abren un abanico de cuestiones, algunas de ellas efervescencias de temas antiguos, otros más novedosos. La enfermedad mental como elemento coartador de libertad y el tratamiento como restituidor de la misma, la confusión entre cuidados y coerción que claman los que se muestran a favor de la abolición del artículo 763, las posibles implicaciones forenses del asunto, la ambigüedad conceptual de algunos términos (capacidad, voluntad, preferencias), la falta de clínicos y usuarios en el comité, la necesidad de trasladar el paradigma de la sustitución hacia el apoyo en la toma de decisiones... son solo algunos ejemplos. En el fondo del debate, las tensiones entre el reconocimiento de la vulnerabilidad del sujeto para pro-

tegerlo (el cuidado) frente a la exaltación de autonomía y normalización emancipadora⁴, argumentos a su vez utilizados como bandera de unos, tergiversados en su utilización aislada, pero tan conflictivos entre sí como necesarios el uno del otro.

En medio de estas tesisuras, tan viejas, pero tan nuevas, echamos en falta la presencia en la discusión de qué aspectos debemos incorporar a nuestra práctica clínica y cuáles son los efectos del debate. Nadie sabe mejor que nosotros (y los usuarios de nuestros servicios) que el potencial transformador de algunas reformas puede acompañarse de la persistencia o agravamiento de prácticas coercitivas, sea de las ya existentes u otras de nueva aparición. Aclarar conceptos es y seguirá siendo necesario, pero algunos elementos del debate parecen ser irreconciliables. Asegurar la participación en la discusión de una gama más amplia de partes interesadas y promover el debate en todas sus formas es indispensable, pero quizás es el momento de poner el foco en atender qué medidas, estrategias e intervenciones son efectivas y han venido desarrollándose para reducir la coerción. Este apartado no está exento de dificultades: la literatura es heterogénea y compleja, el impacto de las medidas poblacionales o medioambientales son difíciles de evaluar (aunque ello no significa que no sean efectivas) y desconocemos el impacto de otras intervenciones en salud mental como la atención por pares, intervenciones domiciliarias u otros enfoques alternativos en atención comunitaria.

A pesar de estas limitaciones en la investigación, los esfuerzos dirigidos a reducir, prevenir y poner fin a la coerción son eficaces en la mayoría de los estudios⁵. Las intervenciones para reducir ingresos involuntarios como la toma de decisiones compartidas (que a su vez incluye las declaraciones anticipadas y otras formas de facilitar una mayor información en poder del paciente), o la capacitación del personal para reducir el uso de restricción física, son las que han demostrado mayor eficacia⁶. Otros aspectos de consenso a tener en cuenta es que las guías suelen incidir en los derechos de las personas en involucrarse en su tratamiento como un principio general, pero no como un grupo estructurado de intervenciones específicas, que sería más fácil de implantar mediante recomendaciones concretas. Para que se consoliden y mantengan estas intervenciones, son precisas, además, no sólo medidas individuales e independientes, sino un cambio de cultura organizacional que ponga un mayor énfasis en la recuperación y atención apoyada en los derechos humanos. En definitiva, es el momento de pensar y establecer en qué debe traducirse la preservación y mejora de los derechos de las personas con discapacidad con condición de salud mental sin que queden desprotegidas en el camino.

Bibliografía

1. United Nations. Convention on the rights of persons with disabilities. New York: United Nations; 2006.
2. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment No. 1. Article 12: Equal recognition before the law. CRPD/C/GC/1. 2014.
3. Sociedad Española de Psiquiatría. Posicionamiento de la Sociedad Española de Psiquiatría sobre la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Rev Psiquiatr Salud Ment. 2020;13:177–9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2020.10.005>.
4. Novella E. Introducción: Salud Mental y Ciudadanía. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2018;38:511–3, <http://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000200009>.
5. Gooding P., McSherry B., Roper C., Grey F. Alternatives to Coercion in Mental Health Settings: A Literature Review. Melbourne: Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne; 2018.
6. Barbu C, Purgato M, Abdulmalik J, Caldas-de-Almeida JM, Eaton J, Gureje O, et al. Efficacy of interventions to

reduce coercive treatment in mental health services: Umbrella review of randomised evidence. Br J Psychiatry. 2020:1–11, <http://dx.doi.org/10.17605/OSF.IO/S76T3>.

Julián Gómez Peñalver*,
Carmen Fernández de Henestrosa Serra
y José Luis Ayuso-Mateos

Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: julianasensio.gomez@salud.madrid.com
(J. Gómez Peñalver).

<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2021.02.001>
1888-9891/ © 2021 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de SEP y SEPB.

¿Los pacientes psiquiátricos son más vulnerables ante la ley de la eutanasia española?



Psychiatric patients are more vulnerable to the Spanish euthanasia law?

Sr. Director:

La eutanasia activa y el suicidio asistido (EAS) son legales en Luxemburgo, Países Bajos, Colombia, Alemania, Nueva Zelanda, Bélgica, Canadá, Suiza y en algunos estados de los Estados Unidos y Australia¹. Con la ley aprobada el 17 de diciembre de 2020 por el congreso de los diputados (BOE-122/000020) España se suma a los países donde la EAS es legal. Las personas que pueden acogerse a dicha ley serían aquellas mayores de edad y en plena capacidad de obrar y decidir, que tendrían que tener un padecimiento grave, crónico e imposibilitante o una enfermedad grave e incurable causantes de un sufrimiento físico o psíquico intolerables. Esta ley empodera a pacientes que pueden estar viviendo bajo circunstancias insostenibles, dándoles la opción de morir. Sin embargo, también abre la puerta a que pacientes psiquiátricos con un trastorno mental (muchos de ellos considerados como crónicos, imposibilitantes y causantes de dolor psíquico) puedan solicitar EAS. Una reciente revisión sistemática ha constatado un aumento de los pacientes psiquiátricos que demandan EAS en los países donde está legalizada¹. Los autores encontraron que las características clínicas de los sujetos que solicitaron o fueron casos de EAS eran similares a las que tienen los pacientes psiquiátricos que realizan suicidio consumado: historia de intento previo, aislamiento, trastorno depresivo, trastorno de personalidad. Otra población vulnerable a la aplicación de esta ley es la población geriátrica. Existe un crecimiento en las demandas de EAS de pacientes con síndromes geriátricos en los países menos restrictivos con la ley². El problema es que estos síndromes suelen venir acompañados de pro-

blemas psiquiátricos y emocionales, así como de problemas cognitivos.

Esta ley invita a la reflexión en los 3 puntos reseñados anteriormente: 1) plena capacidad de obrar; 2) grave, crónico e incapacitante / incurable; y 3) causante de un dolor psíquico intolerable.

En primer lugar, la ley de la eutanasia requiere que el paciente tome la decisión de solicitar EAS de forma consciente, siendo capaz de entender las consecuencias de solicitar la EAS frente a las alternativas de tratamiento disponibles. La capacidad de toma de decisiones se relaciona con las habilidades de recoger el feedback relevante, de comprender las consecuencias de sus decisiones y de emitir y comunicar un veredicto en base al análisis de esa información³. Aunque padecer un trastorno mental no incapacita al paciente a la hora de tomar decisiones, sí que puede limitar su capacidad. De hecho, los déficits cognitivos en toma de decisiones son un rasgo de vulnerabilidad en los pacientes suicidas⁴. Los pacientes con estos déficits toman decisiones en base a las recompensas a corto plazo (p. ej., alivio del dolor) sin tener en cuenta las consecuencias a largo plazo (p. ej., muerte), dando lugar a tomar decisiones más arriesgadas. Estudios previos en Holanda han mostrado en más de la mitad de los casos de EAS que el médico evaluador emitió un juicio global acerca de la capacidad decisiva del paciente, sin basarse en pruebas cognitivas validadas⁵. Además, una gran cantidad de pacientes psiquiátricos retiran su solicitud de cometer EAS a medio camino¹. Este hecho muestra que el deseo de morir no es estable en el tiempo y se relaciona con variables estado que pueden ser tratadas. La ley tiene previsto estos posibles cambios ya que el paciente debe reiterar su deseo de solicitar EAS, impidiendo así conductas impulsivas. Sin embargo, con el fin de proteger a los pacientes psiquiátricos, sería recomendable establecer una evaluación estructurada y multidisciplinar de la capacidad de decidir y del riesgo de suicidio ante una solicitud de EAS, de forma que se evalúen las capacidades neurocognitivas del paciente y su estado psicológico general basándose en pruebas válidas y fiables,